

インフルエンザ予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。

※お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

診察前の体温

度 分

住 所	フリガナ	TEL () -
受ける人の氏名	(保護者の氏名)	男・女 生年月日 年 月 日生 (満 歳 カ月)

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい
2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか	いいえ (回目)	はい
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか	ある (具体的に)	ない
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい (病名) 薬をのんでいますか (いる・いない)	いいえ
5. 最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか	はい (病名)	いいえ
6. 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか	いる (病名)	いない
(“いる”の場合)その主治医に、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	いいえ	はい
7. これまで間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか	はい 年 月ごろ (現在治療中・治療していない)	いいえ
8. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか	はい	いいえ
9. 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	ある 回ぐらい 最後は 年 月ごろ	ない
10. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	ある (薬または食品の名前)	ない
11. これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか	ある (予防接種名・症状)	ない
12. 1ヵ月以内に近親者や周囲で麻しん(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる (病名)	いない
13. 最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか	はい (予防接種名:)	いいえ
14. (女性の方に)現在妊娠していますか	はい	いいえ
15. (接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児検診などで異常がありましたか 出生体重 ()g	ある (具体的に)	ない
16. 今日の予防接種について質問がありますか	ある (具体的に)	ない

※これら以外に、接種にあたって確認させていただく場合があります。

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる ・ 見合わせた方がよい) と判断します。本人または保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。

医師署名又は記名押印

本人(保護者)記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で接種することに (同意します ・ 同意しません)

署名

(代筆者の場合: 続柄)

(なお被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください。)

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザHAワクチン 販売会社名 [] Lot No. : カルテNo. :	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5mL <input type="checkbox"/> 0.25mL	実施場所: 医療法人社団 友好会 秋葉原メディカルクリニック 医師名: 大盛 芳路 接種日時: 年 月 日 時 分

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診にのみ使用いたします。

インフルエンザワクチンの接種を受けられる方へ

この予診票は、任意で接種を希望される方用です。定期接種として接種を受ける場合、あるいは、公的補助等を受けて接種を受ける場合は、お住まいの自治体(市区町村)からの通知をご覧ください。インフルエンザの予防接種を実施するにあたって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、裏面の予診票にできるだけ詳しくご記入ください。お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入ください。



なお、インフルエンザについては、武田薬品のホームページ(https://www.takeda.co.jp/patients/vaccine_portal/influenza/)でも紹介しています。

ワクチンの効果と副反応

予防接種により、インフルエンザ感染を予防したり、症状を軽くすることができます。また、インフルエンザによる合併症や死亡を予防することが期待されます。

一方、副反応は一般的に軽微です。注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなる、しびれることがあります。通常は2~3日で消失します。発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、めまい、リンパ節腫脹、嘔吐・嘔気、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛なども起こることもありますが、通常は2~3日で消失します。過敏症として、発しん、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみなどもまれに起こります。強い卵アレルギーのある方は、強い副反応を生じる可能性がありますので必ず医師に申し出てください。

非常にまれですが、次のような副反応が起こることがあります。(1)ショック、アナフィラキシー(蕁麻疹、呼吸困難、血管浮腫等)、(2)急性散在性脳脊髄炎(ADEM)(通常、接種後数日から2週間以内に発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害等)、(3)脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、(4)ギラン・バレー症候群、(5)けいれん(熱性けいれんを含む)、(6)肝機能障害、黄疸、(7)喘息発作、(8)血小板減少性紫斑病、血小板減少、(9)血管炎(IgA血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、白血球破砕性血管炎等)、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、急性汎発性発疹性膿疱症、(12)ネフローゼ症候群。(1)から(12)のような症状が認められたり、疑われた場合は、すぐに医師に申し出てください。なお、健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人又は近親者が、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うこととなります。

予防接種を受けることができない人

1. 明らかに発熱のある人(通常は37.5℃以上の人)
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
3. 過去に、インフルエンザワクチンの接種を受けてアナフィラキシーを起こしたことがある人

なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いでください。

4. その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した人

予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない人

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
2. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
3. カゼなどのひきはじめと思われる人
4. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発しん、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常がみられた人
5. 薬の投与又は食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある人
6. 今までにけいれんを起こしたことがある人
7. 過去に本人や近親者で検査によって免疫状態の異常を指摘されたことのある人
8. 妊娠の可能性のある人
9. 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人

予防接種を受けた後の注意

1. インフルエンザワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応が起きることがあります。医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐ連絡をとれるようにしておきましょう。
2. インフルエンザワクチン接種後、1週間は副反応の出現に注意しましょう
3. 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすることはやめましょう
4. 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつもどおりの生活をしましょう。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう
5. 万一、高熱やけいれん等の異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日() 当日は受付に 時 分頃 おこしてください	

インフルエンザワクチン予防接種受診者の個人情報の取り扱いについて

当院では、ご利用者様の個人情報について下記の目的に利用し、その取り扱いについては万全の体制で取り組んでいます。

なお、疑問な点等ございましたら、「個人情報対策委員会 個人情報保護相談窓口:03-3280-5874」までお問い合わせください。

I 院内での利用

1. ご利用者様のお受けになる医療サービス
2. 受診の実施と結果の報告
3. ご利用者様に関する管理運営業務
4. 医療費等の費用の会計、経理、医療事故の報告、医療サービスの向上
5. 法令・行政上の業務の対応

II 院外への情報提供としての利用

1. 他の病院、診療所、助産院、薬局、看護ステーション、医療従事者との連携
2. 他の医療機関等からの照会への回答
3. 受診者の診療等のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
4. 企業・健康保険組合から委託を受けた場合、企業・健康保険組合への接種結果通知
5. ご家族への病状説明
6. 関係法令等に基づく行政機関及び司法機関への提出物
7. 医師賠償責任保険等に係る、医療に関する専門の団体や保険会社等への相談または届出等

III 個人情報の開示・訂正・削除

当院では、ご利用者様ご本人、または本人が認めた代理人のお申し出により、当院が保有しているご利用者様の個人情報を開示いたします。

但し、下記のいずれかに該当する場合は、ご利用者様の個人情報は開示出来ませんのでご了承下さい。

1. ご利用者様および第三者の利益を害するおそれがある場合
2. 当院の業務運営上に著しい支障をきたすおそれがある場合
3. 法令に違反するおそれがある場合

IV 個人情報の利用・提供停止

ご利用者様は、ご自身の個人情報の利用または提供の停止について、当院に要求することが出来ます。

* 上記のうち、他の医療機関への情報提供について、利用目的に不同意又は一部不同意事項がある場合担当窓口までお申し出下さい。

* 情報提供について同意しただけでない時、当院での受診が出来ない場合がありますのでご了承下さい。

◆上記「個人情報の取り扱いについて」の記載内容に

同意する 一部不同意 同意しない
日 付 年 月 日

ご署名



医療法人社団友好会

理事長 水沼 寛

個人情報管理責任者 木下 督

制定日 平成25年2月

改定日 平成25年2月