

# インフルエンザ 予防接種 予診票

一般

(ID: )

住所	電話番号 ( )	
	生年月日	大正 昭和 平成
(ふりがな)	男 女	年 月 日
受ける人の氏名		( 歳 月)
保護者氏名 (小中学生の場合)	診察前の体温 度 分	

「インフルエンザ予防接種説明書(裏面)」を必ず読んで、記入してください。

質問事項	回答		医師記入
1.「インフルエンザ予防接種説明書(裏面)」を診察前に読みましたか。	いいえ	はい	
2.今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	いいえ	はい	
3.現在および以前に以下のような病気にかかりましたか。 心臓病 腎臓病 肝臓病 血液の病気 脳神経の病気 先天異常 糖尿病 高血圧症 高脂血症・高コレステロール血症 貧血 癌 その他 その病名( )	はい	いいえ	
4.現在、治療や投薬を受けていますか。 その薬品名と医療機関: その病気の主治医には今日の予防接種を受けても良いと言われましたか。	はい	いいえ	
5.免疫不全と診断された事がありますか。	はい	いいえ	
6.ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	はい	いいえ	
7.薬や食品でじんましんが出たり、具合が悪くなった事がありますか。	はい	いいえ	
8.けいれんを起こした事がありますか。	はい	いいえ	
9.これまでに予防接種を受けて、具合が悪くなった事がありますか。	はい	いいえ	
10.インフルエンザの予防接種を受けた事がありますか。 その際に具合が悪くなったことはありませんか。	はい	いいえ	
11.1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名( )	はい	いいえ	
12.1ヶ月以内に熱が出たり、病気になったりしましたか。 病名( )	はい	いいえ	
13.今日、体に具合の悪いところがありますか。 あれば、その症状を書いてください( )	はい	いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は( 適 ・ 不適 )		医師署名:
本人の 最終意志確認	実施 する ・ しない	最終確認者氏名:	(続柄: )

ワクチン	実施場所・医療機関名・接種年月日
ワクチン製造会社: Lot.No. 接種量 ml 最終有効年月日: 年 月 日	千葉県我孫子市布佐834-28 医療法人社団 創造会 平和台病院 西暦 年 月 日

# インフルエンザ予防接種 説明書

(予防接種を受ける前に必ずお読みください)

この予防接種は、義務ではありません。  
予防接種を希望する方が対象となります。費用は3,900円(税込)です。

## インフルエンザとは？

インフルエンザは、インフルエンザウイルスに感染する事によっておこります。インフルエンザにかかった人が咳やくしゃみをする事により、ウイルスが空気中に広がり、それを吸い込む事によって感染します。

症状としては、普通のかぜに比べて全身症状が強く、気管支炎や肺炎などを合併し、特に高齢者や慢性疾患患者は重症化する事が多いのが特徴です。

## 予防接種の効果は？

流行前に予防接種を受ける事は、世界的にも認められている最も有効な予防法です。予防接種を受けた人の70~80%はインフルエンザにかからないか、かかっても症状が軽いという有効性が証明されています。

なお、予防接種を受けてからインフルエンザに対する抵抗力がつくまでに2週間程度かかり、効果の持続期間は5ヶ月とされていますので、毎年流行する前の早い時期に接種する事をお勧めします。接種回数は1回で0.5mlの皮下注射を行います。

## 予防接種の副反応は？

インフルエンザワクチン予防接種に伴う副反応として、接種直後から数日中に、発疹、じんましん、紅斑、かゆみなどがあらわれることがあります。また、発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、接種部位の発赤・腫脹・疼痛などがみられることもありますが、通常2~3日中に消失します。

ごくまれに、重篤な副反応として、接種後30分以内にショックやアナフィラキシー様症状(じんましん、呼吸困難など)があらわれることがあります。また、けいれん、肝機能障害・黄疸、喘息発作などの報告もあります

## 予防接種を受けることが適当ではない方

- ★明らかに発熱している方(通常は37.5℃をこえる場合)
  - ★重い急性疾患にかかっている方
  - ★インフルエンザワクチンの成分により、アナフィラキシー(接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のひどいじんましんなどを伴う重いアレルギー反応)を起こしたことがある方
  - ★その他、かかりつけ医に予防接種は受けない方がいいといわれた方
- ※基礎疾患のある方は、接種にあたり、かかりつけ医とよく相談してください。