インフルエンザ予防接種予診票 （任意接種・13歳以上）

勾当台夕方内科クリニック
太枠内をご記入ください

フリガナ		診察前の体温	度　　分
受ける人の氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成・西暦　　年　　月　　日生 （満　　歳）		
住所		電話番号	

質問事項	回答欄	医師記入欄
1 裏面の「インフルエンザワクチンの接種を受ける方へ」を読みましたか。	はい・いいえ	
2 今回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。	はい・いいえ	
3 現在、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状（　　）	いいえ・はい	
4 現在、何か病気にかかっていますか。 病名（　　） 治療（投薬など）を受けていますか。 その病気を診てもらっている医師に、今回の接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ・はい いいえ・はい はい・いいえ	
5 1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名（　　）	いいえ・はい	
6 1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（　　） 接種日（　月　日）	いいえ・はい	
7 これまでに心臓・血管、腎臓、肝臓、血液の病気や、発育障害などがありますか。 病名（　　）	いいえ・はい	
8 気管支喘息や間質性肺炎など、呼吸器の病気がありますか。 病名（　　）	いいえ・はい	
9 免疫不全と診断されたことがありますか。 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか。	いいえ・はい いいえ・はい	
10 ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	いいえ・はい	
11 鶏卵・鶏肉など、ニワトリ由来のものにアレルギーがありますか。	いいえ・はい	
12 薬や食品で、発疹・じんましんが出たり、体の具合が悪くなったりしたことがありますか。 薬・食品名（　　）	いいえ・はい	
13 インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 その際に、アナフィラキシー（強いアレルギー反応）を起こしたことがありますか。	いいえ・はい いいえ・はい	
14 今シーズン、すでにインフルエンザの予防接種を受けましたか。 前回の接種日（　月　日）	いいえ・はい	
15 予防接種を受けて2日以内に、発熱や全身の発疹が出たことがありますか。 予防接種の種類（　　）	いいえ・はい	
16 （女性の方）現在妊娠している、または妊娠している可能性がありますか。 現在授乳中ですか。	いいえ・はい いいえ・はい	
17 今回の予防接種について質問がありますか。	いいえ・はい	

本人・保護者

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重い副反応の可能性、医薬品副作用被害救済制度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　）。※どちらかを○で囲んでください

接種を受ける人の自署　　記入日　　年　月　日

保護者の署名（中学生の方）　　続柄

※自署できない場合は代筆者が署名し、続柄を記入してください。

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。
接種を受ける人（保護者）に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品副作用被害救済制度について説明しました。

医師署名

使用ワクチン	接種方法・接種量・接種部位	接種日・実施場所
インフルエンザHAワクチン（KMB ・ 生研） Lot No. □ 有効期限内であることを確認	皮下接種・0.5mL 右上腕 ・ 左上腕 □ 接種後15分の院内観察	接種日　令和　　年　月　日 勾当台夕方内科クリニック 医師名　田村 慧人

インフルエンザワクチンの接種を受ける方へ

ワクチンの効果

ワクチンを接種してもインフルエンザにかかることはありますが、**発病や重症化を防ぐ効果**が期待できます。

日本では例年12月〜4月頃にインフルエンザが流行するため、**12月中旬までに接種を終える**ことが望ましいとされています。

接種を受けられない方

- 明らかな発熱がある方
- 重い急性の病気にかかっている方
- 過去にこのワクチンの成分でアナフィラキシー（強いアレルギー反応）を起こしたことがある方
- その他、医師が接種に適さないと判断した方

接種前に医師にご相談いただく方

- 心臓・血管、腎臓、肝臓、血液の病気や、発育障害などの持病がある方
- 過去に予防接種後2日以内に発熱した方、または全身の発疹などアレルギーを疑う症状が出たことがある方
- 過去にけいれんを起こしたことがある方
- 過去に免疫不全と診断されたことがある方、または近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- 間質性肺炎や気管支喘息など、呼吸器の病気がある方
- ワクチンの成分、または鶏卵・鶏肉など鶏由来のものにアレルギーがあるおそれのある方

主な副反応

接種した部分の**赤み・腫れ・痛み**が、接種を受けた方の10〜20%にみられます。また、**発熱・頭痛・寒気・だるさ**などが5〜10%にみられます。いずれも通常2〜3日で治まります。

まれに、ショックやアナフィラキシー（じんましん・呼吸困難など）といった**重い副反応**が起こることがあります。

接種後の注意

- 重い副反応は接種後比較的すぐに起こることが多いため、**接種後15分間は院内で安静に**お過ごしください。お帰り後も30分程度は、すぐに当院へ連絡できるようにしてください。
- 接種当日は激しい運動を避け、接種部位を清潔に保ってください。
- 高熱やけいれんなど、いつもと違う症状が出た場合は、速やかに医療機関を受診してください。

健康被害が生じた場合

このワクチンは任意接種のため、万が一、接種によって入院治療が必要な程度の病気や、日常生活が著しく制限される程度の障害などの健康被害が生じた場合は、独立行政法人 医薬品医療機器総合機構（PMDA）の**医薬品副作用被害救済制度**の対象となることがあります。

当院のワクチン接種のご案内
https://koutoudai-yugata-naika.clinic/flu-vaccine

医薬品副作用被害救済制度（PMDA）
https://www.pmda.go.jp/relief-services/adr-sufferers/0001.html

出典：厚生労働省「インフルエンザQ&A」、インフルエンザHAワクチン「KMB」電子添文、医薬品副作用被害救済制度の給付対象（PMDA）

勾当台夕方内科クリニック