

インフルエンザ予防接種問診票

受診者氏名： _____ 年齢 _____ 歳 男性・女性

以下の質問にお答えください。

1. 本日の体温はどれくらいですか。	℃	
2. 本日、普段と違って具合の悪いところはありませんか。	ある ()	いいえ
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	いる(病名： (薬品名：)	いない
4. 全身倦怠感、発熱、下痢、体重減少傾向、紫斑ができやすいなどの症状がありますか。	ある	ない
5. 今までに痙攣(けいれん)、ひきつけを起こしたことがありますか。	ある： 最後は 年 月 日頃	ない
6. いままでに予防接種で発熱・発疹などが出たことがありますか。	ある	ない
7. 他に予防接種を受けて、具合の悪くなった事がありますか。	ある(予防接種名 いつ頃)	ない
8. 6ヶ月以内に他の予防接種を受けられましたか。	はい(予防接種名 いつ頃)	いいえ
9. 今までに心臓病、腎炎、肝炎などやその他の重い病気にかかったことがありますか。 また、現在治療中ですか。	ある はい	ない いいえ
10. アレルギー体質と言われたことがありますか。 例；食べ物、薬、喘息、アトピー性皮膚炎など	ある()	ない
11. 鶏卵、鶏肉など鶏に関するアレルギーがありますか。	ある	ない
12. 消毒薬にアレルギーはありますか。	ある	ない
13. 女性の方に 現在妊娠の可能性はありますか。 最終月経開始日 月 日	ある	ない

以下、診療所使用欄

医師による作用・効果・副反応の説明	実施済	未実施
医師の判定	接種 可	接種 不可

2019年 月 日 医師名 _____ 印

インフルエンザワクチンの接種について

《予防接種前にご理解いただきたいこと》

インフルエンザワクチン接種は、発症の予防や、症状を軽くするために行われますが、一定の割合で副反応が表れる場合があります。注射部位での発赤・腫脹・疼痛や、全身反応としての発熱・悪寒・頭痛・倦怠感などの症状が見られることがあります。通常2～3日中に消失します。ごくまれに、非常に強い副反応（ギランバレー症候群、急性脳症、急性散在性脳脊髄炎、痙攣、肝障害、喘息発作、紫斑）が報告されています。接種後の死亡例もありますが、ワクチン接種との直接的な因果関係は認められておりません。

当診療所では問診等を通して、医師が十分注意して実施を決定いたしておりますが、接種後の副反応についてもご理解の上、予防接種をお受けくださいますようお願い申し上げます。

多摩海上ビル診療所 院長

【接種不相当者】 接種をうけるのが適当でない者

- ①明らかに発熱している者（37.5℃以上）
- ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者
- ③本剤の成分によってアレルギー反応を起こした経験のある者
- ④上記のほか、予防接種を行うことが不適当な状態にあると医師が判断した者

【接種要注意者】 接種の判断を行うに際し、注意を要する者

- ①心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害等の基礎疾患を有することが明らかな者
- ②前回の接種で2日以内に発熱・アレルギーを疑う症状を呈したことがある者
- ③過去にけいれんの既往、気管支喘息のある者
- ④過去に免疫不全の診断がなされている者
- ⑤本剤の成分または鶏卵・鶏肉、その他鶏由来のものに対して、アレルギーを呈するおそれのある者

インフルエンザ予防接種承諾書

インフルエンザワクチンの予防接種に関し、医師より効果・副反応についての説明を受けた上で、多摩海上ビル診療所にてインフルエンザの予防接種を希望します。

2019年 月 日

〒

住所

電話連絡先

氏名

未成年者の場合

保護者氏名

印