

# インフルエンザ予防接種予診票

● **注意** : こちらの予診票は**一般用(3800円)**です ●

住所					
氏名	フリガナ	男 ・ 女			
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月	日 (満	歳)

質問事項	回答欄	
インフルエンザ予防接種について説明文（裏面）を読んで理解しましたか。	はい	いいえ
今日（診察前）の体温は何度ですか。	度 分	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名（ ）	はい	いいえ
治療（投薬）を受けていますか。	はい	いいえ
その病気の主治医には、インフルエンザ予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ
これまでに特別な病気（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患・免疫不全症）にかかり医師の診察をうけていますか。（病名）	はい	いいえ
今までにけいれん（ひきつけ）を起したことがありますか。（最後は 年 月頃）	はい	いいえ
ニワトリの肉や卵、抗生物質（薬品名）などにアレルギーがありますか。	はい	いいえ
各種予防接種にて、具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ
2021年10月以降、インフルエンザ予防接種を受けましたか。	はい (今年度2回目)	いいえ (今年度はじめて)
(新型コロナウイルスワクチン接種済みの方のみ) インフルエンザ予防接種と新型コロナウイルスワクチン接種との間隔が2週間以上あいていますか。	はい	いいえ
(女性のみ) 現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。	はい	いいえ

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（可能・見合わせる）
	医師署名

ワクチンロット番号	医療機関名 ・ 接種年月日
Lot NO	医療機関名 医療法人社団慈心会 青山病院 047-424-5511
有効期限	接種医師名
(西暦) 年 月 日	接種年月日 年 月 日

接種を受ける人の署名	代筆者の署名	続柄

※ 予診票は個人情報に十分配慮し統計処理等に利用させていただきますので御了承下さい。

## 【ワクチンの効果と副反応】

予防接種により、**感染を予防したり、症状を軽くすることができます。**

一方、副反応に関して、過敏症として 発疹、蕁麻疹、紅斑、多形紅斑、そう痒、血管浮腫が報告されています。

注射部位の局所症状として、発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感、小水疱、蜂巣炎が報告されています。

精神神経系として、頭痛、一過性の意識障害、めまい、顔面神経麻痺等の麻痺、末梢性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反応、しびれ感が報告されています。

消化器系として、嘔吐、吐気、腹痛、下痢、食欲減退があり、筋骨格系として、関節痛、筋肉痛、筋力低下が報告されています。

その他の副反応として発熱、悪寒、倦怠感、リンパ節腫脹、動悸、ぶどう膜炎が報告されています。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下さい。

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、呼吸困難など）：0.1%未満
- ②急性散在性脳脊髄炎（ADEM：接種後数日から2週間以内の発熱、頭痛、けいれん、運動障害意識障害など）：0.1%未満
- ③脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎：頻度不明
- ④ギランバレー症候群（両手足のしびれ、歩行障害など）：頻度不明
- ⑤けいれん（熱性けいれんを含む）：頻度不明
- ⑥肝機能障害、黄疸：頻度不明
- ⑦喘息発作：頻度不明
- ⑧血小板減少性紫斑病、血小板減少症：頻度不明
- ⑨血管炎（アレルギー性紫斑病、アレルギー性肉芽腫性血管炎、白血球破碎性血管炎など）：頻度不明
- ⑩間質性肺炎：頻度不明
- ⑪皮膚粘膜眼症候群：頻度不明
- ⑫ネフローゼ症候群：頻度不明

上記の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下さい。

なお、健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた本人又は家族が、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。