



萩沢医院(PDF 版)

小児(中学生以下)インフルエンザ予防接種予診票： 回目

品川区に住民票のある1歳以上～中学生はこの予診票では助成が受けられません(助成の用紙を窓口でお渡しします)

受ける人の氏名	フリガナ	男	生 年 月 日	平成 年 月 日生
		女		令和 (満 歳 カ月)
保護者の氏名		連絡がつく電話番号		- -
住 所	〒 -			

診察前体温 度 分

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
インフルエンザワクチンについて市区町村から配られるもの、又は裏の説明を読みましたか。	いいえ	はい	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。	出生体重 g		
分娩時に異常がありましたか。	あった	なかった	
出生後に異常がありましたか。	あった	なかった	
乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか。	ある	ない	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。()	はい	いいえ	
最近一ヵ月以内に病気にかかりましたか。 病名()	はい	いいえ	
一ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。(病名)	はい	いいえ	
最近一ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全その他の病気にかかり、医師の診察をうけていますか。病名()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
現在ステロイド剤(内服)や免疫抑制剤など、特別な薬の投与を受けていますか。	はい	いいえ	
けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。()歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか。	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか。	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか。	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 予防接種名()	ある	ない	
6 か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	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(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。
保護者に予防接種の効果、副反応及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく副作用救済制度を説明しました。

医師署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、重篤な副反応の可能性、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく副作用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)※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。
この予診票は予防接種の安全性確保を目的としています。 保護者(高校生以上は本人)自署

使用ワクチン名	接種量	部 位		実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 インフルエンザ HA ワクチン Lot No.	0.5 ml	左	上腕	〒140-0015 東京都品川区西大井 5-9-20 TEL:03-3774-4946
(注)有効期限が切れていないか要確認	0.25ml	右	大腿	実施場所:萩沢医院 接種医師名:萩澤 進 接種年月日 年 月 日

インフルエンザワクチンの接種を希望される方へ(中学生以下)

2020.10 萩沢医院

インフルエンザワクチンの接種を実施するにあたり、接種される方の健康状態を把握する必要があります。以下をお読みください。尚、下記**灰色文字の部分**は市区町村から配布される「予防接種と子どもの健康」(発行：公益財団法人予防接種リサーチセンター)と同じ内容です。

A.インフルエンザワクチンの効果と副反応

インフルエンザワクチンは、感染を完全に予防できるわけではありませんが、症状の軽減・合併症予防効果があります。

一方、副反応は軽微なものとして、(a)局所症状：接種部位の発赤・腫脹・疼痛、(b)過敏症：数日以内の発疹・じんましん・疼痛、(c)全身症状：数日間の発熱・悪寒・頭痛・倦怠感、があります。また、極めて稀に重大な次のような副反応が起こることがあります。(1)ショック・アナフィラキシー様症状(蕁麻疹・血管浮腫・呼吸困難など)、(2)急性散在性脳脊髄炎(接種後2週間以内の発熱、頭痛、けいれん、運動・意識障害など)、(3)ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ・歩行障害など)、(4)肝機能障害・黄疸、(5)喘息発作。これら**重篤な副反応は(1)を除いてワクチンとの因果関係が明確ではありません。これら極めて稀な副反応よりも、インフルエンザ罹患による重症化の方が有害と思われ、当院では接種をお勧めしています。尚、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。**健康被害が生じた場合の救済については、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。

B.ワクチン接種後の注意

1. インフルエンザワクチン接種後30分間は、急な副反応が起きることがあります。よく様子を観察しましょう。
2. 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ことはやめましょう。
3. 接種当日は、激しい運動は避けましょう。それ以外はいつも通りの生活をしましょう。
4. 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下さい。

C. 次の方は接種を受けないでください

1. 37.5℃を超える発熱のある方
2. 重い急性疾患にかかっていることが明らかな方
3. インフルエンザワクチンの成分によって、過敏症(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のじんましんなどを伴う重いアレルギー反応を含む)を起こしたことがある方
4. その他、医師に予防接種を受けないほうがよいと言われた方

D. 次の方は接種前に医師にご相談ください。

1. 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害などの基礎疾患のある方
2. 食物・薬剤摂取後などに、全身性発疹などのアレルギーを疑う症状のみられた方
3. 免疫機能異常のある疾患の方(疑いを含む)、免疫抑制をきたす治療を受けている方、近親者に先天性免疫不全症患者がいる方
4. 鶏卵アレルギーのある方=特に完全除去中の方、過去に鶏卵摂取でアナフィラキシーを起こした既往のある方

【参考：医薬品副作用被害救済制度】

医薬品を適正に使用したにもかかわらず、副作用により入院治療が必要な程度の疾病や障害等の健康被害を受けた方の救済を図るため、医療費、医療手当、障害年金などの給付を行う制度です。救済給付の請求については、まずは医薬品医療機器総合機構(〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル TEL: 0120-149-931、URL: <http://www.pmda.go.jp/>)にご相談ください。