

住 所			電話番号 () -
ふりがな 氏 名	(男 ・ 女)	生年月日	平成 / 令和 年 月 日生
保護者名	(歳 ヶ月)		
接種年月日	令和 年 月 日	診 察 前 の 体 温	度 分
質 問 事 項			回 答 欄
あなたのお子様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？ 出生後に異常がありましたか？ 乳幼児健診で異常があるといわれた事がありますか？			あった あった ある なかった なかった ない
今日体の具合の悪いところがありますか？ 具合の悪い症状を書いて下さい。()			はい いいえ
最近1か月以内に病気にかかりましたか？(病名)			はい いいえ
最近1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふく等の 病気の方がいましたか？(病名)			はい いいえ
4週間以内に予防接種を受けましたか？(接種名)			はい いいえ
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経 免疫不全症、その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか？ (病名)			はい いいえ
*上の欄で「はい」と答えた方のみ→ 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 と言われましたか？			はい いいえ
ひきつけ(けいれん)を起こした事がありますか？(歳頃)			はい いいえ
その時に熱がでましたか？			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？(卵アレルギー 有 ・ 無)			はい いいえ
家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか？			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事がありますか？ (接種名)			はい いいえ
家族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
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか？			はい いいえ
過去にインフルエンザの予防接種を受けた事がありますか？ (年頃)			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
<医師の記入欄> 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)		医師のサイン	

副反応として、局所の発赤、腫脹、疼痛、また全身反応として発熱、悪寒、頭痛等を認める事があります。
また本日は、過激な運動を避け、異常な症状を呈した場合は速やかに当院までご連絡下さい。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて 理解した上で、接種を希望されますか？(はい ・ 見 合 わ せ ます)	保護者のサイン
--	---------

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量
メーカー名	右・左
Lot No.	ml

インフルエンザ予防接種予診票(小児用 2回目)

ID

ふりがな 氏名	(男・女)	生年月日	平成 / 令和 年 月 日生
保護者名			(歳 ヶ月)
接種年月日	令和 年 月 日	診察前の体温	度 分

質問事項	回答欄	
今日体の具合の悪いところがありますか？ 具合の悪い症状を書いて下さい。()	はい	いいえ
最近1か月以内に病気にかかりましたか？(病名)	はい	いいえ
最近1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、水痘、おたふく等の 病気の方がいましたか？(病名)	はい	いいえ
4週間以内に予防接種を受けましたか？(接種名)	はい	いいえ
ひきつけ(けいれん)を起こした事がありますか？(歳頃)	はい	いいえ
その時に熱がでましたか？	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？(卵アレルギー 有・無)	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事がありますか？ (接種名)	はい	いいえ
家族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
今日の予防接種について質問がありますか？	はい	いいえ
<医師の記入欄> 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)	医師のサイン	

副反応として、局所の発赤、腫脹、疼痛、また全身反応として発熱、悪寒、頭痛等を認める事があります。
また本日は、過激な運動を避け、異常な症状を呈した場合は速やかに当院までご連絡下さい。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて 理解した上で、接種を希望されますか？(はい・見合わせます)	保護者のサイン
--	---------

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量
メーカー名	右・左
Lot No.	ml

いつきクリニック一宮

インフルエンザワクチンの接種を受けられる方へ

<ワクチンの効果と副反応>

ワクチンの接種により、インフルエンザの発症を予防したり、たとえ発症しても症状が軽くすみます。そのため、インフルエンザによる重症化や死亡を予防する効果が期待されます。

副反応としては、まれにワクチンの接種直後から数日中に、発疹、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫などがあらわれることがあります。全身症状として、発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、めまい、リンパ節腫脹、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、咳嗽、動悸、筋力低下など、また局所症状として接種部位に発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感、小水疱などが認められることがあります。いずれも通常2～3日で消失します。蜂巣炎(細菌による化膿性炎症)、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反応、しびれ感、振戦、ぶどう膜炎があらわれることがあります。非常にまれですが、次のような重大な副反応が見られることがあります。(1)ショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、血管浮腫など)、(2)急性散在性脳脊髄炎(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)、(3)脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、(4)ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)、(5)けいれん(熱性けいれんを含む)、(6)肝機能障害、黄疸、(7)喘息発作、(8)血小板減少性紫斑病、血小板減少、(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)、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、(12)ネフローゼ症候群。なお、副反応による健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人また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になります。

<予防接種を受けることができない人>

- ① 明らかに発熱のある人(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人
- ③ 過去にインフルエンザワクチンに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人(他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、判断を仰いでください)
- ④ その他、お医者さんが予防接種を受けることが不適切と判断したい人

<予防接種を受ける際に、お医者さんとはよく相談しなくてはならない人>

- ① 発育が遅く、お医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
- ② カゼなどのひきはじめと思われる人
- ③ 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
- ④ 前回の予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた人
- ⑤ 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑥ 過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- ⑦ 間質性肺炎、気管支喘息など呼吸器系疾患のある人
- ⑧ 薬の投与または食事(鶏卵、豚肉など)で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある人
- ⑨ 妊娠の可能性のある人

<予防接種を受けたあとの注意>

- ① 接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんとすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
- ② 接種当日の入浴は差支えありませんが、注射した部位をこすることはやめましょう。
- ③ 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ④ 高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さんの診察を受けて下さい。