

インフルエンザ予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方へ：太枠内にご記入ください。
※お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

| | | | | | |
|----------------------------------|--|---------|----------|----------------------|-------------------|
| 住 所 | | 診察前の体温 | | 度 | 分 |
| (フリガナ) 受ける人の氏名 | | TEL () | | - | |
| 保護者の氏名 (受ける人が高校生以下の場合ご記入ください) | | 男・女 | 生年 月日 | 大正 昭和 平成 令和 | 年 月 日生 (歳 ヶ月) |

| 質 問 事 項 | 回 答 欄 | | 医師記入 |
|--|-----------------------------------|------------|------|
| 1. 今日受ける予防接種について説明文を読んで理解しましたか。 | いいえ | はい | |
| 2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。 | いいえ()回目、前回の接種は(月 日) | はい | |
| 3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。 | ある 具体的に() | ない | |
| 4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・その主治医には、予防接種を受けてもよいと言われましたか。 | はい 病名() はい・いいえ はい・いいえ | いいえ | |
| 5. 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。 | はい 病名() | いいえ | |
| 6. 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか。 | はい 病名() | いいえ | |
| 7. これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在治療中ですか。 | はい ()年()月頃 (現在治療中・治療していない) | いいえ | |
| 8. 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。 | ある()回くらい、最後は()年()月頃 | ない | |
| 9. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんやじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。 | ある 薬または食品の名前() | ない | |
| 10. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。 | はい | いいえ | |
| 11. 1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。 | いる 病名() | いない | |
| 12. コロナウイルス感染症ワクチン接種を前後2週間以内で受けましたか。 また、この後接種の予定(予約)はありますか。 | はい 予防接種名 () はい 接種予約日時() | いいえ いいえ | |
| 13. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 | ある 予防接種名・症状 () | ない | |
| 14. (女性の方に)現在妊娠していますか。 | はい | いいえ | |
| 15. (接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。 | ある 具体的に() | ない | |
| 16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いて下さい。 | | | |

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副作用の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。

本人の署名(もしくは保護者の署名)

(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

※自署できない場合は、代表者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載してください。 続柄

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)

※本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副作用及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明した。

医師の署名又は記名押印

| | | |
|------------------|--|---|
| クリニッ ク記 入欄 | 用法・用量 | 実施場所・医師名・接種日時 |
| | 皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5mL (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25mL (6ヶ月以上3歳未満) | 実施場所： 浦安サンクリニック 医師名： 接種日時： 令和 年 月 日 時 分 |

インフルエンザ予防接種 説明書兼同意書

＜中学生・高校生に相当する年齢の者対象：保護者が同伴しない場合の同意書＞

保護者が同伴することなくお子様にインフルエンザの予防接種を受けさせる場合には、あらかじめ保護者の方が、この説明文書の内容をよくお読みいただき、御理解いただくことが必要です。さらに、接種を受けるお子様にも保護者の責任のもとに説明し、納得させて予防接種を受けさせてください。そして、この説明文書に保護者が署名して、当日は必ずお子様に持参させてください。もし、この文書の内容が理解できない場合や、接種を受けさせたいがお子様が納得していない場合には、必ず保護者が同伴するようにしてください。なお、保護者が接種を受けさせると判断していた場合にも、お子様がその場で拒否した場合や、医師が接種の適応がないと判断した場合には、実施されないことがあります。

1. ワクチンの目的

このワクチンの接種の目的は、例えば、インフルエンザに感染したとしても、病状が重くならないようにすることにあります。ただし、ワクチンの効果は完全ではなく、接種したからといっても、確実に病状が重くなることを予防することができるわけではないことを理解しておく必要があります。

2. ワクチンの安全性

インフルエンザワクチンは、一定の安全性が確認されています。ただし、接種した場所が赤くはれたり、痛みが数日続いたりすることがあります（発赤、腫脹、疼痛など）。また、一時的に発熱したり、吐き気や頭痛を覚えることもあります（発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、嘔吐など）。さらに、まれに全身にかゆみのある発疹が出ることもあります（発疹、じんましん、発赤、掻痒感など）。こうした症状が強くなってしまった場合には、すぐに医師に相談することで、適切な治療を受けることができます。接種した場所のはれや痛みなどは、接種を受けられた方の10～20%に起こりますが、2～3日で消失します。発熱、吐き気や頭痛は、接種を受けられた方の5～10%にみられ、2～3日で消失します。そのほかに、ワクチン接種が原因かどうかは明らかではありませんが、急に手や足の動きが悪くなったり、意識を失ってしまったりといった重い症状が出る場合があります（ギランバレー症候群、急性脳症、急性散在性脳脊髄炎、けいれん、肝機能障害、喘息発作、紫斑など）。この場合も速やかに医師の治療を受けることで多くが回復しますが、極めてまれに後遺症を残すこともあります。なお、接種した場所の異常な反応、体調の変化、高熱、けいれんなどの症状が出た場合には、速やかに医師の診察を受けて下さい。

3. 接種に当たっての注意事項

予防接種の実施において、お子様が以下の状態の場合には予防接種を受けることができません。

- (1) 明らかな発熱がある方
- (2) 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
- (3) 過去にインフルエンザワクチンの接種を受けて、重いアレルギー反応（アナフィラキシー）を起こしたことがある方
- (4) (1)～(3)の方のほか、予防接種を行うことが不適当な状態であると医師に判断された方

私は、上記にある予防接種の目的、効果、安全性について理解しました。

この文書を持参する本人の保護者として、インフルエンザのワクチンを接種することに同意します。

20 年 月 日

保護者氏名(必ず自署)

被接種者氏名

被接種者生年月日 年 月 日 学校名

住 所

緊急連絡先(当日保護者と連絡が取れる電話番号)