

※この用紙は三島町に住所を有し、次の対象者以外の方は使用できません。① 65歳以上の方(接種時の満年齢) ② 60歳以上65歳未満であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する方及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する方。

様式1

三島町高齢者インフルエンザ予防接種予診票

住 所					診察前の体温	度 分	
					電 話 番 号		
フリガナ		性 別	男 ・ 女	生 年 月 日	明 治 大 正 昭 和	年	月 日(満 歳)
氏 名							

質 問 事 項	回 答 欄		医 師 記 入 欄
① 今日のインフルエンザ予防接種について説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
② 今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
③ 現在、何か病気にかかっていますか。 病名() 治療(投薬など)を受けていますか。 その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
④ 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
⑤ 今日体に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	
⑥ ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	はい	いいえ	
⑦ インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい はい	いいえ いいえ	
⑧ これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 予防接種の種類()	はい	いいえ	
⑨ ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 そのとき熱が出ましたか。	はい はい	いいえ いいえ	
⑩ 最近1ヶ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	
⑪ 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名() 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 はい	いいえ いいえ	
⑫ 最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	はい	いいえ	
⑬ 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)
本人に対して、予防接種の効果や副反応等及び予防接種健康被害救済制度について説明をした。

医師の署名又は記名押印

【インフルエンザ予防接種希望書】

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、以下のワクチンの接種を(希望します・希望しません)
この予診票は予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解した上で、本予診票が三島町に提出されることに同意します。

令和 年 月 日

本人自署

代筆者名

続柄

※自署できない方については、代筆者が署名し、代筆者の氏名及び被接種者との続柄を記入してください。

ワクチンメーカー名、ロット番号	接 種 量	医療機関名
ワクチンメーカー名	皮下接種	接種医師名
Lot No.	ml	接種年月日

インフルエンザワクチンの接種について

1. インフルエンザについて

インフルエンザはインフルエンザにかかっている人の咳やくしゃみの飛沫を介して感染します。流行しやすく、時に重症化することもあります。

2. ワクチンの効果と副反応

インフルエンザワクチンにより、インフルエンザにかかりにくくなったり、かかっても症状が軽くなると考えられています。

副反応の大半は軽微で、注射部位が赤くなる、腫れる、などがありますが通常は3～4日で消失します。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、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛なども起こることがありますが、これも通常は2～3日で消失します。

過敏症として、発疹、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみなどもまれに起こります。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、アナフィラキシー様症状(じんましん、呼吸困難など)、(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)、(3)ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)、(4)けいれん(熱性けいれんを含む)、(5)肝機能障害、黄疸、(6)喘息発作、(7)血小板減少性紫斑病、血小板減少、(8)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、白血球破砕性血管炎等)、(9)間質性肺炎、(10)脳炎・脳症、脊髄炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson 症候群)。このような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。

3. 予防接種を受けられない人

- (1)37.5℃以上の発熱がある人。それ以下でも医師の判断で受けられないことがあります。
- (2)急性の重い病気にかかっている人。
- (3)過去にインフルエンザワクチンでアナフィラキシーを起こしたことがある人。
- (4)その他医師が適当では無いと判断した人。

4. インフルエンザワクチン接種について、持病のある人は主治医に意見を求めて下さい。受けない方がいいと言われた方は受けられません。

5. 予防接種を受けた後は、急な副反応が起こることがあります。息苦しさ、じんましん、咳など、体調の異常があればすぐに連絡して下さい。

接種当日の入浴は構いませんが、接種部位をこすらないようにして下さい。

副反応を疑う症状があるときには受診して下さい。