

※この用紙は三島町に住所を有し、6か月以上64歳以下の方（接種時の満年齢）で、定期接種の対象でない方がご使用ください。

※接種希望の方は、太ワク内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。

※子どもさんの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入ください。

任意接種用

様式1

三島町インフルエンザ予防接種予診票

住所		フリガナ		性別	男・女	生年月日	診察前の体温	度	分
受ける人の氏名 (保護者の氏名)							電話番号		
							年	月	日(満歳)

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(裏面)を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
② 今日普段と違って具合の悪いところがありますか。(具体的に	はい	いいえ	
③ 現在、何か病気にかかっていますか。(はい→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 いいえ	いいえ いいえ はい	
④ 最近1か月以内に病気にかかりましたか。(はい→病名	はい	いいえ	
⑤ 特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気・免疫不全症、血液疾患、 その他)にかかったことがありますか。(はい→病名	はい	いいえ	
⑥ 薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、 体の具合が悪くなったことがありますか。(はい→薬品・食品名	はい	いいえ	
⑦ けいれんを起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
⑧ 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
⑨ 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→前回の接種	いいえ	はい	
⑩ インフルエンザ予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
⑪ 4週間以内に生ワクチンの予防接種を受けましたか 又は1週間以内に不活化ワクチンの予防接種を受けましたか(はい→予防接種名	はい	いいえ	
⑫ 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか。	はい	いいえ	
⑬ 1か月以内に近親者や周囲で麻疹(はしか)、風しん、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜなどに かかった方はいますか	はい	いいえ	
⑭ 【女性の方に】現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
⑮ 【接種を受ける方が子どもさんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。(はい→具体的に 出生体重()グラム	はい	いいえ	
⑯ その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや、質問があれば具体的にご記入ください。 ()			

【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(保護者)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。