インフルエンザ予防接種　予診票

※①·②·③·④·⑤の太枠内をご記載ください

任意接種用

No

①

インフルエンザ予防接種を実施するにあたり、下記の質問事項等の個人情報の取得や利用等の個人情報の取扱いについて

※個人情報の取り扱いについての説明は別紙をご参照ください

□同意します　□同意しません

②

住所				
フリガナ 予防接種を受ける人の氏名		□男・□女	保護者氏名	※接種者が18歳未満の場合記入要
生年月日	明治・大正・昭和 平成・令和・西暦　年　月　日（　歳　ヵ月）	電話番号	（　）　－ 接種者が18歳未満の場合は、保護者の連絡先を記入	

③

診察前の体温	度　分

④

質問事項	回答欄		医師記入欄
1.今日受けられ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.今日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか		1回目　2回目	
3.【予防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はありましたか	ある（具体的に）	ない	
4.今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある（具体的に）	ない	
5.最近、何かの病気で医師にかかっていますか	はい（病名）	いいえ	
6.最近1ヵ月以内に何か病気にかかりましたか	はい（病名）	いいえ	
7.最近1ヵ月以内に近親者や周囲に麻しん、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	
8.最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか	はい（予防接種名）	いいえ	
9.今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（具体的に）	ない	
10.今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症などにかかった方がいますか	ある（具体的に）	ない	
（“ある”の場合）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良いといわれましたか	はい	いいえ	
11.今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか	ある（ごろ　回くらい　最後は　年　月ごろ）	ない	
（“ある”の場合）ひきつけ（けいれん）を起こした時は、熱はでましたか	はい（　℃）	いいえ	
12.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（年　月ごろ　現在治療中・治療していない）	ない	
13.薬や食品（鶏卵、鶏肉など）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	ある（薬、食品名）	ない	
14.近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	いる	いない	
15.近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる	いない	
16.【女性の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
17.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ご記入ください（投薬状況など）			

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は　（　見合わせる　・　可能　）　と判断します。

本人（もしくは保護者）に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明しました。

医師の署名又は記名押印　（　　）

⑤

裏面の説明書きを読み、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。
◆右欄に署名日·接種日、署名の記入と接種希望の有無に○(マル)をして下さい。

本人の署名
（もしくは保護者の署名）　署名日·接種日　202　年　月　日

接種を希望します　（署名）

接種を希望しない場合は右記に○を　（　接種を希望しません　）

Lotシール貼付	接種量（皮下接種）	実施場所・医師名・接種日時
	□ 0.25mL（6カ月以上3歳未満） □ 0.5mL（3歳以上）	実施場所　医療法人創健会　西村診療所 医師名 接種日時　202　年　月　日　時　分

利き腕と反対の肩を出せるようご準備ください

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〉

今年のインフルエンザワクチンは、インフルエンザA型2種類、(H1N1)亜型と(H3N2)亜型、B型ビクトリア系統の3種類です。

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が、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、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み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、白血球破砕性血管炎など)、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜症候群(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当と判断した人

〈予防接種を受ける際に、お医者さんと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、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
⑧薬の投与または食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことのある人
⑨妊娠の可能性のある人

〈予防接種を受けたあとの注意〉

署名日・接種日　202　　年　　月　　日

①接種後 3 0 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し支えありませんが、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、はげしい運動や飲酒は合併症の頻度と程度を高めることがあります。
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ください。

〈個人情報の取り扱いについて〉

●インフルエンザワクチン接種時に取得しました皆様の個人情報につきまし202　　年　　月　　日　　時　　分

【利用】インフルエンザワクチン接種の実施、運営、会計、診療提携、事業集計、疫学・研究会・研修資料(匿名データで使用)、サービス向上等に利用します。

【提供】専門医の意見を得る場合や個人情報保護法の例外規定に該当する場合を除いて、皆様の承諾なしにその他の第三者へ提供することはありません。

【委託】インフルエンザワクチン接種業務を委託することはありません。

【提供する個人情報の項目および保管期間】住所、予防接種を受ける人の氏名、保護者の氏名、性別、生年月日、体温、質問事項、予防接種の希望の有無、接種場所、使用ワクチン・メーカー、接種量となります。インフルエンザワクチン接種予診票(紙媒体)の保管は原則5年間行います。

※皆様が個人情報の取り扱いに関して同意されることは任意であり、**同意に応じられなかった場合は、接種を実施することはできません。**

また、同意を得た後の内容の撤回や変更は可能です。皆様の個人情報の開示、訂正、削除、利用、提供の禁止、その他質問や相談につきましては、西村診療所 個人情報保護相談窓口(075-365-3339)へご連絡ください。