

表面

※記号・番号はマイナポータル、資格確認書、資格情報のお知らせをご覧ください。

今日の体温                      ・                      °C

|      |      |         |                  |  |  |  |  |  |                             |
|------|------|---------|------------------|--|--|--|--|--|-----------------------------|
| 事業所名 |      | 記 号     |                  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 本人 |
|      |      | 番 号     |                  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 家族 |
| 氏 名  | フリガナ | 生 年 月 日 |                  |  |  |  |  |  |                             |
|      |      | 男<br>女  | 昭和・平成 年 月 日生（ 歳） |  |  |  |  |  |                             |

| 質問事項                                                                                                                                              | 回答欄                                                        | 医師記入欄                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 1. 今日受ける予防接種について説明文（裏面）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）                                              | はい                    |
| 3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。                                                                                                                           | はい（                  ）                                     | いいえ                   |
| 4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。<br>病 名（                                                 ）<br>治療（投薬など）を受けていますか。<br>（はいの場合）その主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。 | はい<br><br>はい<br>はい                                         | いいえ<br><br>いいえ<br>いいえ |
| 5. 最近1ヵ月以内に発熱したり、病気にかかりましたか。                                                                                                                      | はい(病名)                                                     | いいえ                   |
| 6. 最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。<br>予防接種の種類（                                                 ）                                                             | はい                                                         | いいえ                   |
| 7. 今までに、心臓血管系、腎臓、肝臓、血液などの疾患にかかったことがありますか。<br>病 名（                                                 ）<br>（はいの場合）その主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。     | はい<br><br>はい                                               | いいえ<br><br>いいえ        |
| 8. 免疫不全と診断されたことがありますか。                                                                                                                            | はい                                                         | いいえ                   |
| 9. 今までにけいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか。                                                                                                                   | はい                  回ぐらい<br>最後は              年          月頃 | いいえ                   |
| 10. 薬や食品（鶏肉・鶏卵など）で皮膚に発しん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。                                                                                            | はい(薬または食品名)                                                | いいえ                   |
| 11. これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか。                                                                                                              | はい(予防接種名・症状)                                               | いいえ                   |
| 12. 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 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）と判断します。<br>本人に対して、予防接種の効果、副反応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ました。 |
| 医師署名                                                                                           |

| 本人記入欄                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解したうえで接種を希望しますか。<br>( <input type="checkbox"/> 接種を希望します ・ <input type="checkbox"/> 接種を希望しません ) |
| 本人署名_____                                                                                                                           |

使用ワクチン名：インフルエンザHAワクチン（用法/用量：皮下接種0.5ml）LOT.NO  
接種年月日：令和 年 月 日 実施場所：出版健康保険組合 健康管理センター

インフルエンザの予防接種を実施するに当たって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、表面の予診票にできるだけ詳しくご記入ください。

## ●ワクチンの効果と副反応

予防接種により、インフルエンザ感染を予防したり、症状を軽くすることができます。また、インフルエンザによる合併症や死亡を予防することが期待できます。

一方、副反応は一般的に軽微です。注射部位の症状（赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなる、しびれるなど）、全身症状（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）は通常2〜3日で消失します。過敏性として、発しん、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。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ください。なお、健康障害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人又は家族が、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℃を超える人）。
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の接種を受けて、アナフィラキシーをおこしたことがある人。  
なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーをおこした人は、接種前に医師にその旨を伝えて判断を仰いでください。
4. その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した人。

## ●予防接種を受けるに際し医師とよく相談しなければならない人

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人。
2. カゼなどのひきはじめと思われる人。
3. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発しん、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた人。
4. 薬の投与又は食事（鶏肉・鶏卵など）で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある人。
5. 今までにけいれんを起こしたことがある人。
6. 過去に本人や近親者で検査によって免疫状態の異常を指摘されたことがある人。
7. 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人。
8. 妊娠中または妊娠の可能性のある人。

## ●予防接種を受けた後の注意

1. インフルエンザワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応が起きることがあります。医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐに連絡をとれるようにしてください。
2. 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位は擦らないでください。
3. 接種当日は、接種部位を清潔に保ち、激しい運動や大量の飲酒は避けてください。
4. 万一、高熱やけいれん等の異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

## ●個人情報の取り扱いについて

インフルエンザ予防接種予診票にご記入いただいた個人情報は、取り扱いには十分注意し、予防接種による医療事故防止以外の目的では利用いたしません。また、法令等の定めによる個人情報の開示が求められた場合を除き、第三者には提供いたしません。