

# インフルエンザ予防接種 予診票

太枠の中をボールペンでご記入ください

|         |  |  |  |        |                  |    |    |     |
|---------|--|--|--|--------|------------------|----|----|-----|
| 住所      |  |  |  | 診察前の体温 |                  |    | ℃  |     |
| 電話番号    |  |  |  |        |                  |    |    |     |
| ふりがな    |  |  |  | 男<br>女 | 生<br>年<br>月<br>日 | 昭和 | 平成 | 令和  |
| 氏 名     |  |  |  |        |                  | 年  | 月  | 日   |
| (保護者氏名) |  |  |  |        |                  | (満 | 歳  | か月) |

| 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？                                                  | はい    | いいえ |           |
| 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】<br>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    | いいえ |           |
| 4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか？<br>具体的症（ ）                                             | はい    | いいえ |           |
| 5. 最近1か月以内に何か病気にかかりましたか？<br>病名（ ）                                                  | はい    | いいえ |           |
| 6. 最近1か月以内に家族や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ<br>などにかかった方がいますか？ 病名（ ）                         | はい    | いいえ |           |
| 7. 最近1か月以内に予防接種を受けましたか？<br>予防接種名（ ）                                                | はい    | いいえ |           |
| 8. インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか？                                                       | はい    | いいえ |           |
| ①インフルエンザワクチンの際に具合が悪くなったことがありますか？<br>(症状： )                                         | はい    | いいえ |           |
| ②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか？<br>(予防接種名： 症状： )                               | はい    | いいえ |           |
| 9. 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、<br>免疫不全、悪性腫瘍など）にかかり医師の診断を受けたことがありますか？<br>病名（ ） | はい    | いいえ |           |
| 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<br>いわれましたか？                                        | はい    | いいえ |           |
| 10. 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？<br>( 歳ころ 回くらい)                                    | はい    | いいえ |           |
| ひきつけ（けいれん）を起こしたときに熱は出ましたか？                                                         | はい    | いいえ |           |
| 11. 薬や食品（鶏卵・鶏肉など）で皮膚に発疹やじんましんがでたり、<br>体の具合が悪くなったことがありますか？ 薬品・食品名（ ）                | はい    | いいえ |           |
| 12. 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか？                                                    | はい    | いいえ |           |
| 13. 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？                                                     | はい    | いいえ |           |
| 14. (女性のみ) 現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか？                                             | はい    | いいえ |           |
| 15. その他に何か質問事項や伝えたいことがあれば、記載してください<br>〔 〕                                          |       |     |           |

|                                                              |
|--------------------------------------------------------------|
| 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・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに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                                                  |

|                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被接種者の記入欄                                                                                             |
| 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、ワクチンの接種を（ <b>希望します</b> ・ <b>希望しません</b> ）。 |
| 本人(保護者)自署                                                                                            |

|                 |                                                                                                    |                                                          |                               |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------|
| ワクチンメーカー名、ロット番号 | 接種量・接種部位                                                                                           | 実施場所・接種年月日                                               | 医師名                           |
| メーカー名           | <input type="checkbox"/> 0.5m L<br><input type="checkbox"/> 0.25m L<br><input type="checkbox"/> 点鼻 | <input type="checkbox"/> 左<br><input type="checkbox"/> 右 | 実施場所 大分市玉沢704-1<br>わだこどもクリニック |
| Lot No.         |                                                                                                    | 接種年月日 令和 年 月 日                                           | 和田雅臣                          |

# インフルエンザワクチンの接種について

インフルエンザの予防接種を実施するにあたって、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、予診票に出来るだけ詳しくご記入ください。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。

## 【ワクチンの効果と副反応】

予防接種により、インフルエンザの発病を阻止したり、インフルエンザによる合併症や死亡などを予防することが期待されます。

一方、副反応は一般的に軽微です。注射剤では注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなる、しびれる、小水疱、蜂巣炎などがみられることがあります。点鼻生ワクチンでは接種後に軽いインフルエンザ症状が現れることがあります。いずれのワクチンでも、過敏症として、発疹、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、そう痒、血管浮腫、精神神経系として、頭痛、一過性の意識消失、めまい、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、振戦、消化器として、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、筋・骨格系として、関節痛、筋肉痛、筋力低下などがあらわれることがあります（いずれも頻度不明）。その他に、発熱、悪寒、倦怠感、リンパ節腫脹、咳嗽、動悸、ぶどう膜炎があらわれることがあります。注射剤で製造過程で鶏卵を使用しているワクチンでは、強い卵アレルギーのある方には重篤な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ください。

非常にまれですが、次のような重篤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（じんましん、呼吸困難など）、(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（IgA血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、白血球破碎性血管炎等）、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson症候群）、急性汎発性発疹性膿疱症、(12)ネフローゼ症候群。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、健康被害（入院が必要な程度の疾病や障害など）が生じた場合については、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た救済手続きを行うことができます。

## 【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℃以上の人）
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起こしたことがある人  
または過去にその他の原因でアナフィラキシーを起こした人は、接種を受ける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相当と判断した人

## 【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. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
3. かぜなどの症状が出はじめたと思われる人
4. 予防接種を受けた時に、2日以内に発熱のみられた人及び発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた人
5. 薬の投与又は食事（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がある人
6. これまでにひきつけ（けいれん）を起こしたことがある人
7. 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
8. 妊娠している人
9. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人

## 【ワクチン接種後の注意】

1. インフルエンザワクチンの接種を受けた後30分間は、急な副反応が起きることがあります。接種した医療機関に留まるなどして、様子を観察し、医師とすぐに連絡が取れるようにしておきましょう。
2. 注射剤では接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすことはやめましょう。
3. 接種当日はいつも通りの生活をしていただいて構いません。ただし、激しい運動は避けましょう。
4. 万一、接種後に接種局所の異常反応や変化が現れた場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

### 接種回数（注射）

生後6か月～13歳未満  
2回（2週間から4週間の間隔で）  
13歳以上 1回  
点鼻は1回（2歳から18歳まで）

### 2025/2026シーズンの当院の接種料金

1回目 ￥4,400  
2回目 ￥3,850（1回目を当院で接種した人に限る）  
点鼻 ￥8,800