

インフルエンザ予防接種予診票

高齢者定期予防接種用

太枠の中のみご記入ください

住所		ふりがな	
		氏名	
生年月日	明治・大正・昭和	年	月
		日生	(満 歳)
		性別	男・女

質問事項	診察前の体温		度	分	医師記入欄
	回答欄				
今日のインフルエンザの予防接種について福岡市から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい			
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。	いいえ	はい			
現在、何か病気にかかっていますか。病名()	はい	いいえ			
治療(投薬など)を受けていますか。	はい	いいえ			
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。	いいえ	はい			
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ			
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ください。()	はい	いいえ			
薬や食品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。	はい	いいえ			
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	いいえ	はい			
①その際に具合が悪くなったことはありますか。	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はありますか。	はい	いいえ			
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ			
1か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			
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()	はい	いいえ			
その病気をみ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。	いいえ	はい			
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			
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) 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 医師署名又は記名押印
-------	--

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。 (接種を希望します ・ 接種を希望しません)

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。
このことを理解の上、本予診票が福岡市に提出されることに同意します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

被接種者の署名 _____ 代筆者氏名 _____ 続柄 _____

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載)

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日		
Lot No.	ml	実施場所	うめい内科医院	
		医師名	梅 井 利 彦	
		接種年月日	令和	年 月 日

インフルエンザHAワクチンの接種について

定期接種用

インフルエンザHAワクチンの接種に当たって、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。

※ より詳しいことはQRコードを参考にしてください →



ワクチンの効果と副反応

インフルエンザHAワクチンの接種により、インフルエンザを予防したり、症状を軽くすることが期待されます。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されます。

一方、副反応は一般的に軽微です。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、小水疱などがみられることがあります。数日以内に自然に消失します。また、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、咳、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、筋力低下などが起こることがあります。過敏反応として、発疹、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫などが起こることもあります。その他に蜂巣炎、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、ブドウ膜炎、振戦が現れることがあります。強い卵アレルギーなどのある方は強い過敏反応を生じる可能性がありますので、接種前に必ず医師に申し出てください。重大な副反応としては、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(蕁麻疹、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、白血球破砕性血管炎など)、(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) ネフローゼ症候群など。その他にも不明・不安な症状が現れたり、これらの疾患が疑われるような場合には、接種医又はお近くの医療機関にご相談ください。

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HAワクチンの接種を受けて、アナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難、全身性の蕁麻疹などを伴う重症のアレルギー反応)を起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. 過去に予防接種を受けた時に、2日以内に発熱、発疹、蕁麻疹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
5. 過去にけいれんを起こしたことがある人
6. 過去に免疫不全の診断がなされている人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
7. 妊娠の可能性がある人
8. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器疾患のある人

予防接種を受けた後の注意

1. インフルエンザHAワクチンの接種を受けたあと30分間は、急な副反応(息苦しさ、蕁麻疹、咳など)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、医師とすぐ連絡をとるようにしておきましょう。
2. 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。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
3. 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ことはやめましょう。
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。

あなたの接種予定日	医療機関名
予約不要 (月曜日から金曜日)	うめい内科医院

令和5年度 高齢者のインフルエンザ定期予防接種に関しては、福岡市のホームページ→参照ください。

<https://www.city.fukuoka.lg.jp/hofuku/hokenyobo/health/vaccine/oreishainfluenza.html>

