

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

	診 察 前 の 体 温	度 分	
質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
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 医療法人 真祥会 吉永脳神経外科クリニック 医師名 理事長 吉 永 真 也 接種年月日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

インフルエンザ予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

診察前の体温

度

分

住 所	TEL () -		
フリガナ			
予防接種を受ける人の氏名	男・女	生年 月 日	年 月 日生 (歳 ヶ月)
(保 護 者 の 氏 名)			

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がありましたか	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. 現在、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ヶ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ヶ月以内に近親者や周囲に麻疹、風疹、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ヶ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. 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前回受けたのは (年 月頃) ②その際に具合が悪くなったことはありますか ③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	ある (症状: ある (予防接種名: (症状:)))	ない ない 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、 悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか (“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	ある (具体的に)	ない	
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”の場合) ひきつけ (けいれん) を起こしたとき、熱は出ましたか	ある (ごろ 回くらい) (最後は 年 月ごろ)	ない	
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 (°C)	いいえ	
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 (年 月ごろ) (現在治療中・治療していない)	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	ある (薬、食品名)	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 (予防接種名)	いない	
16. 【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	いる	いない	
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)	はい	いいえ	

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 (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、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、説明した。
医師の署名又は記名押印

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、
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)

本人の署名(もしくは保護者の署名)

使用ワクチン名・メーカー名	接種量	実施場所・医師名・接種日時	
使用したワクチンにチェックを入れてください。 インフルエンザHAワクチン □「ビケンHA」 □フルービックHAシリンジ Lot No.	(皮下接種) □ 0.25mL (6ヶ月以上3歳未満) □ 0.5mL (3歳以上)	実施場所 医師名 接種日時	年 月 日 時 分
一般財団法人 阪大微生物病研究会 (販売：田辺三菱製薬株式会社)			

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下さい。

【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、痛くなることがありますが通常は2〜3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、下痢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（蕁麻疹、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)ギラン・バレー症候群（両手足のしびれ、歩行障害など）、(4)肝機能障害、黄疸、(5)喘息発作。このような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下さい。
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. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
3. カゼなどのひきはじめと思われる人
4. 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
5. 薬の投与又は食事（鶏卵、鶏肉など）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
6. 今までに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. 妊娠の可能性のある人
9. 気管支喘息のある人

【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。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
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下さい。