

# ワクチン予防接種 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         | 昭 和 ・ 平 成                                           |            |                                        |
| 予防接種を受ける人の氏名 | 男<br>・<br>女                                         | 生 年<br>月 日 | 年      月      日 生<br>(      歳      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                                            | はい                                | いいえ |       |
| 2. 【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                       | ある（具体的に）                          | ない  |       |
| 3. 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  |       |
| 4. 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 |       |
| 5. 最近 1 カ月以内に何か病気にかかりましたか                                                   | はい（病名）                            | いいえ |       |
| 6. 最近 1 カ月以内に近親者や周囲に麻疹、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 |       |
| 7. 最近 1 カ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 |       |
| 8. 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  |       |
| 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、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（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 |       |
| 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                                             | ある<br>最終 年 月 頃                    | ない  |       |
| （“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                                          | はい<br>(                      °C ) | いいえ |       |
| 11. 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                                 | ある（薬、食品名）                         | ない  |       |
| 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                                             | いる（予防接種名）                         | いない |       |
| 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                                               | いる                                | いない |       |
| 14. 最近 6 カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか                                      | はい                                | いいえ |       |
| 15. 【ご婦人の方に】 1) 現在、妊娠していますか                                                 | はい                                | いいえ |       |
| 2) 接種後 2 カ月間の避妊について説明を受けましたか<br>(インフルエンザ・B型肝炎・その他不活化ワクチンでは該当しません。)          | はい                                | いいえ |       |
| 16. 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（ 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         | 接種量              | 実施場所・医師名・接種日時                       |
|-----------------|------------------|-------------------------------------|
| ワクチン<br>Lot No. | (皮下接種)<br><br>mL | 実施場所    なかむらこどもクリニック<br>医師名<br>接種日時 |

※（注） ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、川崎病の治療や重症の感染症の治療目的などで投与されることがあります。この注射を 6 カ月以内に受けた方は、生ワクチンの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

# インフルエンザワクチンの接種についての説明

[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. 過去に同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。又は、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. かぜなどの症状が出はじめたと思われる人
4. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱のみられた人及び発しん、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. 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. ワクチンの接種を受けたあと30分間は、急な副反応が起きることがあります。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とれるようにしておきましょう。
2. 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、接種部位をこする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もかまいません。ただし、激しい運動は避けましょう。
4. 万一、接種後、接種局所の異常反応や体調の変化があらわれた場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい

<インフルエンザワクチンの効果と副反応>

[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。過敏症として、発しん、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、顔面神経麻痺等の麻痺、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、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。強い卵アレルギーのある方は、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下さい。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、白血球破砕性血管炎等）、（10）間質性肺炎、（11）皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson症候群）、（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下さい。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救済手続きを行うことになります。