

インフルエンザ予防接種問診票（小児用） _____ 回目

※太枠内をご記入ください

受ける人の氏名		性別	男 ・ 女
住所	〒 _____	電話番号	_____
		保護者氏名	_____
生年月日	_____年 _____月 _____日（満 歳）	診察前体温	_____度 _____分（自宅・医院）

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種についての説明文を読み理解しましたか？	はい	いいえ	
お子さんの発育歴についてお尋ねします。 出生体重（ _____ ）g 分娩時に異常がありましたか？ 乳児検診で異常があるとされたことがありますか？	はい	いいえ	
今日、身体に具合が悪い所がありますか？ 具体的な症状を書いてください。（ _____ ）	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか？	はい	いいえ	
1か月以内に家族や友達に麻疹・風しん・水ぼうそう・おたふくなどの病気にかかった方がいますか？病名（ _____ ）	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか？ 予防接種名（ _____ ）日時（ _____ 月 _____ 日）	はい	いいえ	
これ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？	はい	いいえ	
卵アレルギー（卵を食べて発疹がでたり、口の中がしびれたりしたこと）がありますか？	はい	いいえ	
生まれてから今までに、特別な病気（先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・免疫不全症・その他の病気）にかかり、医師に診察を受けていますか？ 病名（ _____ ）	はい	いいえ	
その医師に、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか？	はい	いいえ	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことはありますか？ その時に熱はでましたか？	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか？（ _____ ）	はい	いいえ	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか？	はい	いいえ	
お子さんの中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	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか？	はい	いいえ	
今日の予防接種について何か質問がありますか？ （ _____ ）	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 ） 医師のサイン _____
-------	---

ご本人記入欄	予診の結果を聞いて、今日の予防接種を受けますか？（ はい ・ いいえ ） ご本人（もしくは保護者）のサイン _____
--------	--

使用ワクチン名	接種量（皮下接種）	接種場所・医師名・接種日時
メーカー名： 製造番号：	6か月～2歳 0.25mL 右・左 3歳～ 0.5mL 右・左	〒157-0062 東京都世田谷区南烏山6-27-10大黒ビル1F しまだクリニック Tel: 03-5315-3366 医師：島田知則 _____年 _____月 _____日

氏名	使用ワクチン・回数・摂取量・接種部位	接種場所・医師名・接種日時
	_____回目 0.25mL 0.5mL 右・左	しまだクリニック (03-5315-3366) 島田 知則 _____年 _____月 _____日

インフルエンザワクチン接種について

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。このため、予防接種問診表にできるだけ詳しくご記入ください。問診票は成人用と小児用の2種類ありますのでご注意ください。

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がご記入ください。

●ワクチンの接種と副反応

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。

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、熱を持つ、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ください。

非常にまれですが、次のような副反応が起きることがあります。

- (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て手続きを行うことになります。

●次の方は接種を受けないでください

- (1) 明らかに発熱のある方（通常は37.5℃を超える場合）
- (2) 重い急性疾患にかかっている方
- (3) 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（急性アレルギー反応）を起こしたことがある方
- (4) その他、かかりつけの医師に予防接種を受けないほうがよいといわれた方

●次の方は接種前に医師にご相談ください

- (1) 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気、発育障害などの基礎疾患のある方
- (2) 以前、予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、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方
- (3) 薬の投与や食事（鶏卵、鶏肉など）で発疹や異常をきたしたことがある方
- (4) 過去にけいれんを起こしたことがある方
- (5) 過去に免疫異常を指摘されたことがある方
- (6) 気管支喘息のある方

●接種後は以下の点に注意してください

- (1) 接種後30分間は、急な副反応（じんましん、せきなど）が起こることがありますので、医師とすぐに連絡が取れるようにしておきましょう。
- (2) 接種後に高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- (3) 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した場所をこすることはやめましょう。
- (4) 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さげましょう。

接種予定日		医療機関名
第1回目	月 日 () 時 分頃	〒157-0062 東京都世田谷区南烏山6-27-10 大黒ビル 1F
第2回目	月 日 () 時 分頃	しまだクリニック Tel: 03-5315-3366 医師: 島田知則

- ★①予診票②保険証③乳幼児医療証④母子手帳を必ずご持参ください。
- ★当日、37.5度以上の発熱や体調の悪いときは、日を改めてお受けください。
- ★ご都合が悪くなった場合は、お手数ですがご連絡をお願いします。