

インフルエンザワクチンの接種を受けられる方へ

この予診票は、当院でインフルエンザ予防接種を受けられるすべての方（自費・大阪市の定期接種とも）にご記入いただくものです。大阪市の高齢者定期接種をご利用の方は、当日、市所定の「予診票」および「予防接種実施申込書」もあわせて受付でご記入いただきます。詳しくは、お住まいの自治体（市区町村）からの通知もあわせてご覧ください。

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、2ページ目（裏面）の予診票にでき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症を予防したり、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度です。注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなる、しびれることがあります。通常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・嘔気、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛なども起こることがありますが、通常は2～3日で消失します。過敏症として、発しん、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ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、血管浮腫等）、(2) 急性散在性脳脊髄炎（ADEM）（通常、接種後数日から2週間以内に発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害等）、(3) 脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、(4) ギラン・バレー症候群、(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）、急性汎発性発疹性膿疱症、(12) ネフローゼ症候群。(1) から(12) 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近親者が、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

- 明らかに発熱のある人（通常は37.5℃以上の人）
- 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- 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ください
- 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

- 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
- 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
- かぜなどのひきはじめと思われる人
- 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発しん、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常がみられた人
- 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
- 今までにけいれんを起こしたことがある人
- 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のある人
- 妊娠の可能性のある人
- 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人

■ 予防接種を受けた後の注意

- 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
- インフルエンザワクチン接種後、1週間は副反応の出現に注意しましょう
- 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
- 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつもどお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
- 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
月 日 () 当日は受付に 時 分頃 おこしください	OBP今村クリニック 大阪市中央区／京橋・OBPエリア TEL：06-4791-9900

☐ 自 費 ☐ 大阪市 定期接種

※接種希望の方は、太ワク内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。
※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。

住 所			診察前の体温	度 分
フリガナ			TEL	() ー
受ける人の氏名		男・女	生年月日	年 月 日生 (満 歳 ャ月)
(保護者の氏名)		保護者との続柄 ()		

[illegible]

※これら以外に、接種にあたって確認させていただく場合があります。

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（ 実施できる ・ 見合わせた方が良い ）と判断します。 本人または保護者に対して、予防接種の効果、副反応及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ました。
医師署名又は記名押印

本人（保護者）記入欄	
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することに （ 同意します ・ 同意しません ）	
署名	（代筆者の場合：続柄） ※被接種者が自著できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザHAワクチン 販売会社名〔 〕 Lot No.： カルテNo.：	皮下接種 ☐ 0.5mL ☐ 0.25mL	実施場所： <u>OBP今村クリニック</u> 医 師 名： 接種日時： 年 月 日 時 分

記載頂きました個人情報 Wakuchin Jekusho no Yozin ni Kanshite no mi Shiyoi itashimasu. / OBP Imaura Clinic