

下記の太枠内の項目を全てご記入の上、必ずこの**予診票**をご持参ください。

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

健康保険組合請求

※接種希望の方へ: 下記の太枠内の項目を全てご記入ください。

|        |     |                  |      |     |        |     |
|--------|-----|------------------|------|-----|--------|-----|
| 所属会社   |     | トランス・コスモス健康保険組合員 |      | 体温  | 3 . °C |     |
| (フリガナ) | ( ) | 男・女              | 生年月日 | S・H | 年      | 月 日 |
| 保険証の氏名 |     |                  | TEL  | ( ) | -      |     |

| 質問事項   | 回答欄   |       | 医師記入欄 |
|--|---|-------|-------|
| 1. 予防接種について説明文(裏面)を読んで理解しましたか。                                   | いいえ   | はい    |       |
| 2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。                                 | いいえ   | はい    |       |
| 3. 今日体に具合の悪いところがありますか。   | ある 具体的( )                                       | いいえ   |       |
| 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   |       |
| ・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よいと言われましたか。                               | はい・いいえ  |       |       |
| 5. 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。   | はい 病名( )  | いいえ   |       |
| 6. 今までに特別な病気(心臓血管系、脳神経系、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全症、その他)にかかり、医師の診断を受けていますか。 | はい 病名( )  | いいえ   |       |
| 7. これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか。                       | はい( )年( )月頃<br>(現在治療中・治療していない)                  | いいえ   |       |
| 8. 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。                                  | ある( )回くらい<br>最後は( )年( )月頃                       | いいえ   |       |
| 9. 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、体の具合がわるくなったことがありますか。            | はい<br>薬または薬品の名前( )                              | いいえ   |       |
| 10. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。                                     | はい  | いいえ   |       |
| 11. 最近、1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。                | はい 病名( )  | いいえ   |       |
| 12. 1ヵ月以内に別の予防接種を受けましたか。   | はい 種類( )  | いいえ   |       |
| 13. 直近2週間以内にコロナワクチン接種を受けましたか。本日から2週間以内にコロナワクチン接種をする予定はありますか。     | はい<br>( 月 日 予定・実施済)<br>※予定・実施済ないずれかに○印をつけてください。 | いいえ   |       |
| 14. インフルエンザ予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。                             | はい 種類( )  | いいえ   |       |
| 15. インフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。                          | はい 種類( )  | いいえ   |       |
| 16. (女性のみ) 現在、妊娠していますか。  | している (可能性はある)                                   | していない |       |
| 17. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問はございますか。                          | はい  | いいえ   |       |

|   |  |
|---|--|
| 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、ワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、 | 本人直筆の署名(もしくは保護者の署名)<br><div></div><br>(※自署できない者は代筆者が署名し<br>代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。続柄 ) |
| 接種を希望します ・ 接種を希望しません                                    |  |

.....ここまでに未記入がある場合は接種ができません.....

|     |                                     |             |
|-----|-------------------------------------|-------------|
| 医師欄 | 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 ) | 医師の署名又は記名押印 |
|     |                                     |             |



医師の問診で接種指示をもらう前には、看護師はワクチンを接種することができません。

|      |           |        |                                 |
|------|-----------|--------|---------------------------------|
| 看護師欄 | ワクチンロット番号 | 接種量    | 実施場所・接種年月日・医師名                  |
|      | Lot No.   | 0.5 ml | 実施場所 医師名 上記医師の署名欄と同じ<br>桜十字福岡病院 |
|      |           |        | 接種年月日 令和 3 年 月 日                |

記載いただきました個人情報(ワクチン接種の予診)に関してのみ使用いたします。

\*この用紙は看護師が回収します。持ち帰らないでください。

## 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。

### 【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、しびれることがあります。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・嘔気、腹痛、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、じんましん、湿しん、紅斑、多形紅斑、かゆみ、振戦なども起こります。その他に、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢性ニューロパチー、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(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)ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)、(4)けいれん(熱性けいれんを含む)、(5)肝機能障害、黄疸、(6)喘息発作、(7)血小板減少性紫斑病、血小板減少、(8)血管炎(アレルギー性紫斑病、アレルギー性肉芽腫性血管炎、白血球破砕性血管炎等)、(9)間質性肺炎、(10)脳炎・脳症、脊髄炎、(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。

### 【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。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適当と判断した人
5. 18歳未満の人(当院では満18歳以上から接種可能となります)

### 【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)で皮膚に発しんがでたり、体に異常をきたしたことがある人
6. 今までにけいれん(ひきつけ)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のある人
8. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
9. 妊娠している人、または妊娠の可能性のある人

### 【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。一人になることは避け、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、接種部位をこすことはやめましょう。
3. 接種当日はいつも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でた場合は、速やかに医師の診察を受けてください。