

# インフルエンザHAワクチン接種申込書・予診票

任意接種用

※ 黒枠部分をすべてご記入ください

診察前の体温 ℃

住所		TEL ( ) -		
(フリガナ)氏名	男女	生年月日	大正昭和平成	年 月 日生 ( 歳 カ月)
勤務先名				
質問事項		回答欄		医師記入欄
今日受けるインフルエンザの予防接種についての説明文(裏面参照)を読み、効果や副反応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 また、今日具合の悪いところがありますか 病名、具合の悪いところ( )		はい	いいえ	
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		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		はい	いいえ	
特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか 病名( )		はい	いいえ	
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、そのほかの鶏由来のもの)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 薬品名・食品名( )		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		はい	いいえ	
① 前回受けたのは( 年 月頃)		はい	いいえ	
② 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	
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 予防接種名( )		はい	いいえ	
4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか 予防接種名( )		はい	いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか		はい	いいえ	
現在、気管支ぜんそくと診断されていますか		はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか		はい	いいえ	
1か月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水疱、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名( )		はい	いいえ	
(ご婦人の方に)現在、妊娠していますか		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

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうが良い)と判断します

医師署名

### 本人記入欄

医師の診断説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応の可能性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)←どちらかを○で囲んでください

本人署名(自署)

使用ワクチン名	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時		
名称 インフルエンザワクチン	皮下接種 0.5ml	神奈川運輸業健康保険組合 保健センター		
		医師名	堀井 均	
		接種日時	年	月 日

記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。

# 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、任意で接種を希望される方用です。定期接種として接種を受ける場合、あるいは、公的補助等を受けて接種を受ける場合は、お住まいの自治体(市区町村)からの通知をご覧ください。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、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がご記入ください。



なお、インフルエンザについては、武田薬品のホームページ([https://www.takeda.co.jp/patients/vaccine\\_portal/influenza/](https://www.takeda.co.jp/patients/vaccine_portal/influenza/))でも紹介しています。

## 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、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、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛なども起こることもあります。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、白血球破碎性血管炎等)、(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

1. 明らかに発熱のある人(通常は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  
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
4. その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した人

## 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、蕁麻疹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のある人
8. 妊娠の可能性のある人
9. 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

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、医師とすぐ連絡をとれるようにしておきましょう。
2. 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
3. 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
4. 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
5. 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

医療機関名

神奈川県運輸業健康保険組合  
保健センター