

※この予診票は金山町に住所のある、生後6か月以上64歳以下の方(接種時の満年齢)で、定期接種の対象でない方がご使用ください。
 ※接種希望の方は、太枠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。
 ※子どもさんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

金山町【任意接種】インフルエンザ予防接種予診票

診察前の体温	度	分
--------	---	---

住所	大沼郡金山町大字		字	電話番号	
受ける人の氏名		男・女	生年月日	年	月 日
(保護者の氏名)				(満	歳 カ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
①今日のインフルエンザ予防接種について説明書(裏面)を読みましたか。	はい	いいえ	
②今日普段と違って具合の悪いところがありますか。(具体的に)	はい	いいえ	
③現在、何か病気にかかっていますか。(はい→病名 治療(投薬など)を受けていますか。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	
	はい	いいえ	
	はい	いいえ	
④最近1か月以内に病気にかかりましたか。(はい→病名)	はい	いいえ	
⑤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。(はい→病名)	はい	いいえ	
⑥薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。(はい→病名)	はい	いいえ	
⑦けいれんを起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
⑧今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
⑨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。 【中学生以下用】(1回目 月 日 ・ 2回目)	はい	いいえ	
⑩インフルエンザ予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
⑪4週間以内に生ワクチンの予防接種を受けましたか。 又は1週間以内に不活化ワクチンの予防接種を受けましたか。(はい→予防接種名)	はい	いいえ	
⑫近親者に先天性免疫不全症の方がいますか。	はい	いいえ	
⑬1か月以内に近親者や周囲で麻疹(はしか)、風疹、水痘(水ぼうそう)、新型コロナウイルス、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい	いいえ	
⑭【女性の方に】現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
⑮【接種を受ける方が未就学児の場合】分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。 (はい→具体的に)出生体重()グラム	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や、質問があれば具体的にご記入ください。 ()	はい	いいえ	

【医師の記入欄】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)。
 本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果や副反応等及び医薬品副作用被害救済制度について説明をした。

医師の署名又は記名押印

【インフルエンザ予防接種希望書】

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、以下のワクチンの接種を (希望します ・ 希望しません)。
 この予診票は予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解した上で、本予診票が金山町に提出されることに同意します。

年 月 日

本人(保護者)自署 _____ 代筆者又は保護者 _____ 続柄 _____

※自署できない方については、代筆者又は保護者が署名し、氏名及び被接種者との続柄を記入してください。

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	医療機関名
ワクチンメーカー名	ml	
Lot No.	自己負担区分	接種医師名
	有 ・ 無	接種年月日
		年 月 日

1 インフルエンザ（予防接種）とは

インフルエンザウイルスによる感染症で、通常、初冬から春先に流行します。症状は、突然の38℃以上の発熱、頭痛、関節痛、筋肉痛、咽頭痛、鼻汁、咳などです。大多数の人では特に治療を行なわなくても約1週間で自然に治りますが、乳幼児、高齢者、基礎疾患をもつ人では、気管支炎、肺炎などを併発したり基礎疾患の悪化を招いたりするなどして、最悪の場合、死に至ることもあります。

予防は、流行前にワクチン接種を受けることが一般的な方法です。高齢者の場合、このワクチンで発病を予防できる効果は34%～55%程度、合併症などによる死亡を防止できる効果は8割程度といわれています。65歳以上の方や60～64歳の方で心臓、じん臓、呼吸器の機能、免疫の機能に障害がある方で、希望する場合は、予防接種法に基づくインフルエンザの予防接種を受けることができますが、それ以外の方の接種は予防接種法に基づかない任意の予防接種となります。

2 予防接種を受ける前に

(1) 一般的注意

予防接種法で定められた方（主に65歳以上）以外のインフルエンザ予防接種は、任意での接種となります。個人予防として自らの意思と責任で行うものです。ご理解の上、接種をご検討ください。

予診票は、医師にとって、予防接種ができるかどうかを判断する上でとても大切な情報です。接種を受ける方もしくは保護者の方が責任を持って記入し、正しい情報を医師に伝えてください。

(2) 予防接種を受けることができない人

①接種当日、明らかに発熱のある人。通常37.5℃以上。

②重篤な急性疾患にかかっている人

③予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーショック（じんましん・呼吸困難など）を呈したことが明らかな人。

④インフルエンザの予防接種で、接種後2日以内に発熱のみられた人及び全身性発疹等のアレルギーを疑う病状を呈したことがある人。

⑤①～④のほか、医師により予防接種を行なうことが不適当な状態にあると判断された人。

(3) 予防接種を受ける際に医師とよく相談しなければならない人

①心臓、じん臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活が極度に制限される程度の障害がある人。

②ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害がある人。

3 インフルエンザ予防接種の副反応について

予防接種の後、まれに副反応が起こることがあります。また、予防接種と同時にほかの病気がたまたま重なってあらわれることがあります。下記のような症状があらわれたり、体調の変化があった場合は、医師の診察を受けてください。

(1) 重大な副反応

まれにショック、アナフィラキシー様症状（じんましん、呼吸困難、血管浮腫等）があらわれることがあり、そのほとんどは接種後30分以内に生じます。その他、ギランバレー症候群、けいれん、急性散在性脳脊髄炎（ADEM）、肝機能障害、黄疸、喘息発作があらわれる等の報告があります。

(2) その他の副反応

・まれに、接種直後から数日中に、発疹、じんましん、紅斑、掻痒（そうよう）等があらわれることがあります。

・発熱、悪寒、頭痛、倦怠感等を認めることがありますが、通常、2～3日中に消失します。

・接種部位の発赤、腫脹、疼痛等を認めることがありますが、通常、2～3日中に消失します。

4 医薬品副作用被害救済制度について

予防接種法に基づかない任意のインフルエンザ予防接種によって、万一入院を必要とする程度の疾病や日常生活が著しく制限される程の障害などの健康被害を受けた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法による医薬品副作用被害救済制度に基づく救済の対象となり、健康被害を受けた本人などが直接、独立行政法人医薬品医療機器総合機構に救済給付を請求することができます。