

インフルエンザワクチンの接種について

インフルエンザワクチンの予防接種について、以下の内容をよくお読みになり、予診票にご記入下さい

【◎料金】 1回接種につき、3000円

【◎接種回数】 13歳以上は原則：1回（但し、13歳未満は2回接種）

【◎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、熱を持つ、痛くなる、しびれ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・嘔気、

下痢、関節痛、筋肉痛なども起こることもありますが、通常は2～3日で消失します。過敏症として、発疹、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、アナフィラキシー様症状（蕁麻疹、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、痙攣運動障害、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。このような症状が認められたり、疑われた場合は、すぐ医師に申し出て下さい。

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家族が独立法人 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。

【◎予防接種を受ける前の注意】

1. 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、予診票を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下さい。

2. 当日、体温は必ず接種場所で測り、予診票に記入して下さい。

3. 予防接種は、健康状態が良好なときに受けて下さい。

【◎接種を受けてはいけない人】

1. 明らかに発熱している人（37.5℃を越える人）

2. 重い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下さい。

4. その他、医師が接種不相当と認めた人

【◎接種を受ける時に、注意しなければならない人】

1. 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害等の基礎疾患がある人

2. 今までにけいれんを起こした事がある人

3. インフルエンザワクチンの成分、又は鶏卵、鶏肉、その他由来のものに対して、アレルギーを起こす恐れのある人

インフルエンザ予防接種問診票

接種希望者へ：太ワク内にご記入下さい。お子さんの場合は健康状態をよく把握している保護者をご記入下さい。
(任意接種用)

住所 〒		(TEL: - -)	
フリガナ	男・女	診察前の体温：	度 分
氏名	生年月日：昭和・平成・令和	年 月 日	歳

質問事項		回答欄		医師記入欄
1	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の予防接種は今シーズン1回目ですか。	いいえ(回目)	はい	
3	今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある(具体的に)	ない	
4	現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい(病名) 薬をのんでいますか (いる・いない)	いいえ	
5	最近1ヶ月以内に病気で医師にかかっていますか。	はい(病名)	いいえ	
6	今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全、その他病気)にかかり医師の診察を受けていますか。	いる(病名)	いない	
7	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	
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 最後は 年 月頃	ない	
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、体の具合が悪くなったことはありますか。	ある(予防接種名・症状)	いいえ	
10	これまで気管支喘息と診断され、現在、治療中ですか。	はい 年 月頃 (現在治療中・治療していない)	いいえ	
11	これまで予防接種を受けて特に具合が悪くなったことはありますか。	ある(予防接種名・症状)	ない	
12	1ヶ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	いる(病名)	いない	
13	1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい(予防接種名：)	いいえ	
14	(ご婦人の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
15	(接種を受けられる方がお子さんの場合) 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	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があれば、具体的に書いてください。			

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)
本人に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法の基づく救済について説明した。

医師の署名 _____

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、接種を希望しますか。 (接種を希望します・接種を希望しません)	本人の署名(もしくは代理人・保護者の署名)
--	-----------------------

使用ワクチン	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
ワクチン名：インフルエンザHAワクチン	皮下接種	医療機関名：センチュリークリニック
Lot No	<input type="checkbox"/> 0.5 mL <input type="checkbox"/> 0.25 mL	医師名： 接種日時：令和 年 月 日 時 分