

インフルエンザ予防接種 問診票 兼 申込書

この問診票は上永谷ほほえみクリニック専用です。他の医療機関では使用できません。

-----この問診票はコピーしてご利用いただいても構いません。-----

※二重線で囲まれた部分を漏れがないように記入して下さい。

※37℃以上の方は
接種できません

3800	診察券No.	(分かる方のみ)		当日の体温 ℃
	接種希望者氏名	(フリガナ)	男・女	
現金	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日生	接種日の年齢 歳
	住所	〒 - 市		保護者氏名 未成年の場合
	電話番号	- -		

	回答欄
★ 2024年10月以降のインフルエンザ予防接種は何回目ですか？	1回目 2回目

	回答欄	
クレジット カード	・ 1ヶ月以内に予防接種を受けたことはありますか？ 〔『はい』とお答えの方は予防接種名を記入してください。〕	はい いいえ
	・ 1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか？ 〔『はい』とお答えの方は病名を教えてください。〕	はい いいえ
PayPay	・ 以前、インフルエンザや他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』とお答えの方は症状を詳しく教えてください。〕	はい いいえ
	☆ アレルギーはありますか？ 〔『はい』とお答えの方は何のアレルギーか教えてください。 にわたりの肉や卵・花粉症・その他()〕	はい いいえ
nanaco	☆ ワクチンの接種に関して医師に何か質問はございますか？ 〔『はい』とお答えの方は質問事項を記入してください。〕	はい いいえ
	・ 本日の体調に不安はありますか？	はい いいえ
	・ アルコール消毒でかぶれたり、赤くなったりしますか？	はい いいえ

Suica ※12歳以下の方は下記の質問にもお答えください。

☆ 《12歳以下の方》 心臓病・腎臓病・肝臓病・血液疾患にかかったことはありますか？ 〔『はい』とお答えの方は病名を教えてください。〕	はい	いいえ
☆ 《12歳以下の方》 ひきつけ(けいれん)を起こしたことはありますか？	はい	いいえ

※よろしければアンケートにご協力をお願いします。

今回、上永谷ほほえみクリニックで接種いただいた理由にあてはまるものに○をしてください。 針が細いから ・ 感染症対策がされているから ・ 通院しているから ・ その他()

使用ワクチン名 インフルエンザHAワクチン
LOT.
接種量 0.5ml
(10歳以上)

実施場所 横浜市港南区丸山台1-11-17-2F
上永谷ほほえみクリニック
医師名 草間 郁好 ○
電話番号 045-342-8810
接種日 令和 6 年 月 日

インフルエンザHAワクチンの予防接種をご希望の方に

1. インフルエンザと合併症

患者さんのせきやくしゃみにより空気中に浮かんだり手についたインフルエンザウイルスが、気道に感染します。感染して1～5日すると、だるくなったり、急な発熱、のどの痛み、せき、くしゃみなどの症状が出始めますが、普通は約1週間で治ります。しかしお年寄り、赤ちゃん、免疫力の低下している人や大人でも体力の弱っている人などが感染した場合は、重篤な経過(肺炎、死亡など)をたどることがあり、注意が必要です。

2. ワクチンの効果と副反応

ワクチンの効果について以前から論議されてきましたが、ワクチン接種を受けていれば、インフルエンザに感染しても症状が軽くすみます。また、重症化して入院することを防ぐ効果が期待されます。ワクチン接種に伴う副反応として、発熱や、注射部位が赤くはれたり、硬くなったりすることがあります。発現頻度は、発熱は100人に数人位、赤くはれたりするのは10人に1人位です。ごくまれですが、次のような副反応を起こすこともあります。

(1)ショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、血管浮腫など)、(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など)、(9)間質性肺炎、(10)脳炎・脳症、脊髄炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(スティーブンス・ジョンソン症候群)、(12)ネフローゼ症候群。

3. 次の方は接種を受けないでください

- 1) 明らかに発熱している方(通常は37.5℃をこえる場合)
- 2) 重い急性疾患にかかっている方
- 3) 本剤の成分により、アナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のひどいじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと)を起こしたことがある方
- 4) その他、いつも診てもらっている医師にワクチンは受けない方がいいといわれた方

4. 次の方は接種前に医師にご相談ください

- 1) 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患および血液疾患などの基礎疾患のある方
- 2) 薬の投与または食事(鶏卵、鶏肉など)で発疹が出たり異常をきたしたことがある方
- 3) 過去にけいれん(ひきつけ)の既往歴のある方
- 4) 過去にインフルエンザの予防接種を受けた時、2日以内に発熱、全身性の発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状のみられた方
- 5) 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方もしくは、近親者に先天性免疫不全症の者がいる方
- 6) 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患を有する方
- 7) 妊娠している方
- 8) 出生時に未熟児で発育の悪い方(接種される方がお子さまの場合)
- 9) 発育が悪く、医師、保健師の指導を受けている方(接種される方がお子さまの場合)

5. 接種後は以下の点に注意してください

- 1) 接種後30分間は、アレルギー反応(息苦しさ、じんましん、せきなど)が起こることがありますので、医師とすぐ連絡が取れるようにしておきましょう。
- 2) 副反応(発熱、頭痛、けいれんなど)の多くは24時間以内に出現することが知られています。接種後1日は体調に注意しましょう。万が一、高熱やけいれん等の異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- 3) 接種後に接種部位が赤くはれたり痛む場合がありますが、通常4～5日以内に軽快します。なお体調に変化があれば速やかに医師の診察を受けてください。
- 4) 接種後の入浴は問題ありませんが、注射部位をこすことはやめましょう。
- 5) 接種当日はいつも通りの生活をしてください。但し接種後は接種部位を清潔に保ち、接種当日は激しい運動や大量の飲酒は避けてください。

「インフルエンザHAワクチン接種予診票」(裏ページ)にご記入の上、医師の診察をお受けください。もし、ふだんと変わったことがあった場合には医師にご相談ください。

本剤の接種により健康被害が発生した場合には「医薬品副作用被害救済制度」により治療費等が受けられる場合があります。詳しくは独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページ等をご覧ください。