

該当するものに○をつけてください

| | | | | |
|--------------|---------------|----------------|----------------------------|------------|
| 1歳以上 6歳未満 | 6歳以上 13歳未満 | 13歳以上 中学3年生 | 1回目・2回目 1回目接種日 年 月 日 | 生活保護 受給 |
|--------------|---------------|----------------|----------------------------|------------|

太枠内を記載してください

インフルエンザ予防接種予診票

| | | | |
|-----------------|------|--------|-------------------|
| 住 所 | つくば市 | 電話番号 | |
| ふりがな 受ける子の氏名 | | 生年月日 | 年 月 日生 (歳 か月) |
| 保護者の氏名 | | 性 別 | |
| | | 診察前の体温 | 度 分 |

| 質 問 事 項 | 回 答 欄 | | 医師記入欄 |
|---|------------------|--------------------|-------|
| 今日受けるインフルエンザ予防接種についての説明書（裏面）を読み、効果や副反応などについて理解しましたか | いいえ | はい | |
| あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重（ ）g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか | あった あった ある | なかった なかった ない | |
| 今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください（ ） | 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（病名 ） | 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 | いいえ | はい | |
| 1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、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 | |
| 1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名（ 月 日 ） | 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 | いいえ | はい | |
| 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 | |
| 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 | はい | いいえ | |
| 予防接種名（ ） | | | |
| 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり医師の診察を受けていますか | はい | いいえ | |
| 病名（ ） | | | |
| その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか | いいえ | はい | |
| ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか（ ）歳頃 | はい | いいえ | |
| そのとき熱がでましたか | はい | いいえ | |
| 薬や食品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 | はい | いいえ | |
| 薬（ ） 食品（卵、ゼラチンなど ） | | | |
| 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 | |
| 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか | はい | いいえ | |
| 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか | はい | いいえ | |
| 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリン（注）の注射を受けましたか | 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 | |
| ●13歳以上の女性へ● 現在、妊娠している可能性（生理が予定より遅れているなど）はありますか | はい | いいえ | |

【医師の記入欄】 保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明しました。

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（理由 ）】

医師署名又は記名押印

【保護者記入欄】 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度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）

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。このことを理解の上、本予診票がつくば市に提出されることに同意します。

保護者自署

（委任の場合は受任者）

| | | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------|----------------------|-----|
| 使用ワクチン名 | 接 種 量 | 実施場所・医師名・接種年月日 | 予 防 接 種 用 医療機関コード | 187 |
| シール貼付の場合記載不要 ワクチン名 | 皮下接種 | 実施場所 きくち呼吸器内科クリニック | | |
| Lot No. | <input type="checkbox"/> 0.25ml(3歳未満) | 医師名 菊池 清和 | | |
| <input type="checkbox"/> 有効期限が切れていないか要確認 | <input type="checkbox"/> 0.50ml(3歳以上) | 接種年月日 年 月 日 | | |

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

※つくば市を転出した場合は、この予診票は使用できません。

インフルエンザ予防接種 説明書

この予防接種は、任意の予防接種（被接種者の判断で接種を受けるかどうかを決める予防接種）です。希望する方は、ワクチンの効果や副反応を理解した上で接種をしてください。

1 病気の説明

インフルエンザウイルスの感染を受けてから1～3日間ほどの潜伏期間の後に、発熱、頭痛、全身倦怠感、筋肉痛・関節痛などが突然あらわれ、咳、鼻汁などの上気道炎症状がこれに続き、約1週間の経過で軽快します。

小児では中耳炎の合併、熱性けいれんや気管支喘息の誘発、まれですが急性脳症などの重症合併症があらわれることもあります。

2 予防接種の効果

現在国内で用いられている不活化インフルエンザワクチンは、感染を完全に阻止する効果はありませんが、インフルエンザの発病を一定程度予防することや、発病後の重症化などを予防することに関しては、一定の効果があるとされています。

3 接種方法

3歳未満には0.25mlを皮下に、3歳以上13歳未満は0.5mlを皮下に2～4週間の間隔をおいて2回注射します。13歳以上は0.5mlを1回、皮下に注射します。

インフルエンザワクチンの製造過程で発育鶏卵が使用されています。卵アレルギーのある方は接種を行うにあたり注意を要しますので、かかりつけ医に御相談ください。

インフルエンザワクチンは不活化ワクチンです。同一ワクチンまたは異なるワクチンを接種する場合、接種の間隔に注意しましょう。

4 副反応

重大な副反応として、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分以内に生じますが、まれに接種後4時間以内に起こることもあります。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、脳症、脊髄炎、視神経炎、肝機能障害、黄疸、喘息発作等があらわれたとの報告があります。

接種直後から数日中に、発疹、じんましん、紅斑、かゆみ等があらわれることがあります。局所の発赤、腫脹、疼痛等、また全身反応として発熱、悪寒、頭痛、倦怠感等を認めることがあります。通常2～3日中に消失します。

5 予防接種健康被害救済制度

任意の予防接種であるため、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基づく救済、また、つくば市法定外予防接種事故災害補償規則に基づく救済が受けられることがあります。救済制度を申請する必要がある場合は、診察した医師、またはつくば市桜保健センターに御連絡ください。

<参考文献>

予防接種必携、予防接種ガイドライン（公益財団法人 予防接種リサーチセンター）
予防接種に関するQ & A集（一般社団法人 日本ワクチン産業協会）