

高齢者インフルエンザ予防接種予診票

直方市

※ボールペンで○を囲むか記入してください。

負担金なし

診察前の体温

度 分

住 所		電 話 番 号	- -
ふりがな			
氏 名		男 ・ 女	
生年月日	大正 ・ 昭和	年 月 日生 (満 歳)	

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今日のインフルエンザ予防接種は、今年初めての接種ですか。	いいえ はい	
『インフルエンザの予防接種について』の説明書を読みましたか。	いいえ はい	
今日の予防接種の効果や副反応など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。 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	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。()		
薬や食品で皮膚に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	
今までに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	
②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	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい いいえ	
予防接種の種類 ()		
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。	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言われましたか。	いいえ はい	
最近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 いいえ	
病名()		
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、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。
	医師の署名又は記名押印

ワクチンロット番号	接 種 量	実 施 場 所 ・ 医 師 名 ・ 接 種 年 月 日
ワクチン名 Lot NO. (注)有効期限がきれていないか確認	0.5ml	実 施 場 所 医 師 名 接 種 年 月 日 令和 年 月 日

インフルエンザ予防接種希望書(医師の診察の結果、接種が可能と判断された後で記入してください。)

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などについて理解した上で、

接種を希望しますか。 ※○で囲んでください。 (接種を希望します ・ 接種を希望しません)

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。

このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日

被接種者自署

代筆者氏名

(続柄

)

(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

インフルエンザの予防接種について



予防接種の効果

インフルエンザ予防接種は、感染を完全に阻止することはできませんが、発病を予防することや、発病後の重症化や死亡を予防する効果があります。

予防接種の副反応

インフルエンザワクチンは、ウイルスの活性を失わせて、免疫を作るのに必要な成分を取り出し、病原性をなくした「不活化ワクチン」です。接種によってインフルエンザを発症することはありません。

比較的多くみられる副反応は、接種部分の発赤や腫れ、痛みなどで、通常2～3日でなくなります。一方で稀に重い副反応の報告がありますので、気になる症状がある場合は医師に相談してください。

予防接種を受けることができない人

- ① 明らかな発熱のある人（通常は37.5℃を超える場合）
- ② 重篤な急性疾患にかかっている人
病気の変化が分からなくなる可能性もあるため、その日は、見合わせるのが原則です。
- ③ 予防接種に含まれる成分によって、アナフィラキシーショックを起こしたことが明らかな人
- ④ インフルエンザの定期接種で、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症状がみられた人
- ⑤ 医師が予防接種を行うことが不適当と判断した人

予防接種に際し、医師とよく相談しなくてはならない人

- ① 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液などの慢性の病気のある人
- ② 予防接種で接種後2日以内に、発熱のみられた人又は全身性発疹等のアレルギーを疑う症状が出たことのある人
- ③ 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ④ 今までに免疫不全の診断がされている人又は近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- ⑤ 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系の病気のある人
- ⑥ インフルエンザ予防接種の成分又は鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のものに対して、アレルギーがあるといわれたことがある人

予防接種を受けたあとの注意

- ① 接種後24時間は、副反応の出現に注意してください。急な副反応が起こることがありますので、医師とすぐに連絡が取れるようにしましょう。
- ② 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。また、激しい運動や大量の飲酒は避けてください。
- ③ 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射部位をこすことはやめましょう。
- ④ 注射した部位が赤く腫れたり痛んだりすることがありますが、いずれも一過性で通常2～3日で治ります。腕全体が腫れるなど異常な症状が現れた時は、速やかに医師の診察を受けてください。

