

インフルエンザ予防接種申込書

代々木上原駅前内科クリニック 2018/2019 年

※二重線で囲まれた部分を漏れがないように記入してください。

診察券番号	(分かる方のみご記入ください)		当日の体温 (自宅測可) ℃
接種希望者氏名	(フリガナ)	男・女	
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日生	接種日の年齢 歳
住所	東京都	県 区・市	
電話番号	() -	保護者のサイン (未成年の場合)	

	回答欄	
2018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	
・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
・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
☆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

※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、代々木上原駅前内科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(複数可)。 かかりつけ医院である ・ 針が細い ・ 料金が安い ・ 感染症対策がされている ・ 土曜もやっている 自宅・職場から近い ・ その他()
--

使用ワクチン名：
LOT.
接種量：0.5ml

実施場所：東京都渋谷区西原 3-7-8-2 階
代々木上原駅前内科クリニック
 医師名： 大田 幹 ®
 電話番号： 03-5790-9880

接種日： 平成 年 月 日

インフルエンザワクチンの予防接種を受けられる方へ

代々木上原駅前内科クリニック 2018年10月

<ワクチンの効果と副反応>

インフルエンザワクチンの接種により、インフルエンザの発症を予防したり、たとえ発症しても症状が軽くすんだりする可能性があります。そのため、インフルエンザによる重症化や死亡を予防する効果が期待されます。

副反応としては、まれにワクチンの接種直後から数日中に、発疹、じんましん、湿疹、多形紅斑、紅斑、かゆみなどがあらわれることがあります。全身症状として、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、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、咳嗽、動悸など、また局所症状として接種部位に発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感、小水疱などが認められることがありますが、いずれも通常2~3日で消失します。蜂巣炎（細菌による化膿性炎症）、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反応、しびれ感、ぶどう膜炎があらわれることがあります。非常にまれですが、次のような重大な副反応がみられることがあります。

(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）、(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）、(3) ギラン・バレー症候群（両手足のしびれ、歩行障害）、(4) けいれん・熱性けいれん、(5) 肝機能障害、(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（Stevens-Johnson 症候群）、(12) ネフローゼ症候群。

なお、副反応による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または家族が独立行政法人 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。

<当院にて予防接種を受けられない方>

- ① 小学生未満のお子さん
- ② 明らかに発熱のある方（37.5℃以上）
- ③ 重篤な疾患にかかっていることが明らかな方
- ④ 過去にインフルエンザワクチンに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある方
（他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある方は、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、判断を仰いでください）
- ⑤ その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した方

<予防接種を受ける際に、お医者さんとよく相談しなくてはならない方>

- ① 発育が遅く、医師や保健師さんの指導を継続して受けている方
- ② カゼなどのひきはじめと思われる方
- ③ 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある方
- ④ 前回の予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた方
- ⑤ 今までにけいれんを起こしたことがある方
- ⑥ 過去に免疫不全と診断されたことがある方、および近親者に先天性免疫不全症の人がいる方
- ⑦ 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある方
- ⑧ 薬の投与または食事（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたりしたことのある方
- ⑨ 妊娠の可能性のある方

<予防接種を受けたあとの注意>

- ① 接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればすぐに医師と連絡を取れるようにしておきましょう。
- ② 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすることはやめましょう。
- 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。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ③ 高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください。