# インフルエンザHAワクチン予防接種　問診票　　＜2024年度＞

※**太ワク内をボールペンで**ご記入ください。

| | スターフィールドクリニック札幌　専用問診票 | 接種日:　2024 年　　月　　日<br>当日支払い:　　3,500 円<br>体温:　　度　　分 |
|---|---|---|
| 健康保険証 | 記号:　　番号: | |
| フリガナ | | 性別 |
| 氏　名 | | 男　・　女 |
| （18歳未満の人は保護者の氏名） | | |
| 生年月日　（年齢） | 西暦　　年　　月　　日　（　　歳） | |
| 電話番号 | | |

| 質問事項 | 回答欄　（※　該当に◯印　※） | | 医師記入欄 |
|---|---|---|---|
| 1. 今日受ける予防接種について<br>裏面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予防接種は<u>今シーズン1回目</u>ですか。 | いいえ（　　）回目<br>前回の接種は（　　月　　日） | はい | |
| 3. 今日、普段と違って体の具合の悪いところがありますか？ | はい　具体的に（　　） | いいえ | |
| 4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか？<br>・その場合、治療（投薬など）を受けていますか。<br>・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<br>言われましたか。 | はい　病名（　　）<br>はい ・ いいえ<br>はい ・ いいえ | いいえ | |
| 5. 最近、1か月以内に何か病気にかかりましたか？ | はい　病名（　　） | いいえ | |
| 6. これまでに特別な病気（心臓血管系・腎臓・肝臓・ 血液疾患、<br>免疫不全症、その他病気）にかかり、医師の診察を受けましたか。 | はい　病名（　　） | いいえ | |
| 7. これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、<br>現在、治療中ですか。 | はい（　　）年（　　）月頃<br>（ 現在治療中 ・ 治療していない ） | いいえ | |
| 8. これまでにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。 | はい（　　）回ぐらい<br>最後は（　　）年（　　）月頃 | いいえ | |
| 9. 薬や食品（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発しんやじんましんが出たり、<br>体の具合が悪くなったことがあ りますか。 | はい<br>薬または食品の名前（　　） | いいえ | |
| 10. 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 | |
| 11. 1ヵ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、<br>おたふくかぜなどにかかった方がいますか。 | はい 病名（　　） | いいえ | |
| 12. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 | はい 予防接種の種類（　　） | いいえ | |
| 13. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 | はい 予防接種名・症状<br>（　　） | いいえ | |
| 14.（女性の方に）現在妊娠していますか。 | はい | いいえ | |
| 15. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたい<br>ことや質問があれば、具体的に書いて下さい。 | | | |

**※ 接種者署名 ※**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することに同意しますか？

（スムーズな進行のために事前のご署名にご協力お願いいたします）

**（　同意します　・　同意しません　）署名（ 本人または保護者 ）**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**医師　署名**

以上の問診および診察の結果、今日の予防注射は（ **可能　・　見合わせる** ） **医師の署名**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

| 使用ワクチン | 接種量 | 実施機関・接種日時 |
|---|---|---|
| ロットシール貼付欄 | 皮下注　0．5ml　（1/2V）<br>（注：0.5ml以外の時は、記入し直してください） | 医療法人社団 結樹会　スターフィールドクリニック札幌<br>〒003-0801　北海道札幌市白石区菊水一条3丁目2-12 1階　／　001-374-5286<br>**医師名：**<br>接種日:　　年　　月　　日 |

# インフルエンザワクチンの接種について

**インフルエンザの予防接種を実施するに当たって、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、表面の問診票に出来るだけ詳しくご記入下さい。**

## 【ワクチンの効果と副反応】

予防接種により、インフルエンザの発病を阻止したり、インフルエンザによる合併症や死亡など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、熱をもつ、痛くなる、しびれる、小水疱、蜂巣炎などがみられることがあります。過敏症として、発しん、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、そう痒、血管浮腫、精神神経系として、頭痛、一過性の意識消失、めまい、顔面神経麻痺等の麻痺、末消性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反応、しびれ感、振戦、消化器として、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、筋・骨格系として、関節痛、筋肉痛、筋力低下があらわれることがあります(いずれも頻度不明)。その他に、発熱、悪寒、倦怠感、リンパ節腫脹、咳嗽、動悸、ぶどう膜炎があらわれることがあります。強い卵アレルギーのある方は、重篤な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下さい。

非常にまれですが、次のような重篤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(じんましん、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、けいれん、運動障害、意識障害など)、(3)脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、(4)ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)、(5)けいれん(熱性けいれんを含む)、(6)肝機能障害、黄疸、(7)喘息発作、(8)血小板減少性紫斑病、血小板減少、(9)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等)、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、(12)ネフローゼ症候群、このような症状が認められたり、疑われた場合は、すぐに医師に申し出て下さい。なお、健康被害(入院が必要な程度の疾病や障害など)が生じた場合については、健康被害を受けた人又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救済手続きを行うことになります。

## 【予防接種を受けることができない人】

1. 明らかに発熱のある人(37.5℃以上の人)
2. 重篤な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
   又は、過去にその他の原因で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、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した人

## 【予防接種を受けるに際し、事前に医師とよく相談しなければならない人】

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
2. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
3. かぜなどの症状が出はじめたと思われる人
4. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱のみられた人及び発しん、
   じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた人
5. 薬の投与又は食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことのある人
6. これまでにひきつけ(けいれん)を起こしたことがある人
7. 過去に本人や近親者で検査によって免疫状態の異常を指摘されたことのある人
8. 妊娠している人
9. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人

## 【ワクチン接種後の注意】

1. インフルエンザワクチンの接種を受けたあと30分間は、急な副反応が起きることがあります。接種した医療機関に留まるなどして、
   様子を観察し、医師とすぐに連絡とれるようにしておきましょう。

2. 接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。

3. 接種当日はいつも通りの生活をしていただいてかまいません。ただし、激しい運動は避けましょう。

4. 万一、接種後、接種局所の異常反応や体調の変化があらわれた場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。