

# 診 療 申 込 書

年 月 日

ID:

フリガナ		性 別
お名前		男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 歳	TEL ( ) —
住 所	〒 —	

# 問診票

赤坂とも内科

ご記入日： 年 月 日

ふりがな		大正・昭和・平成・令和	
お名前		年 月 日生 歳	男 ・ 女
住所	〒( ) - ( )	自宅 TEL:	
		携帯 TEL:	

**★次の質問にお答え下さい。**

体温 ( )℃

質 問 事 項	回 答	医 師 記 入 欄
● 今日のインフルエンザの予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
● 現在、何か病気にかかっていますか？ 病 名 ( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
● 治療（投薬など）を受けていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
● 免疫不全と診断されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
● 今日、体に具合の悪いところがありますか？ 具合の悪い症状を書いて下さい。( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
● ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？ ①その際に具合が悪くなったことはありますか？ 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はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
● ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
● 1カ月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類 ( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
● 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？ 病 名 ( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
● これまでに間質性肺炎や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？ (現在治療中・治療していない)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ( 年 月頃)	
● (女性の方に) 現在、妊娠していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
● 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？ 病 名 ( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
● 今日の予防接種について質問がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 <p style="text-align: center;">医師署名 又は 記名押印</p>
-----------	--

ワクチンロット番号	接 種 量	実 施 場 所 ・ 医 師 名 ・ 接 種 年 月 日
Lot No.	ml	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に記入してください。）

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？  
 ( 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 \_\_\_\_\_

(※自署できない者は代筆者が署名し、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、表面の予診票に出来るだけ詳しくご記入ください。お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入下さい。

## [ワクチンの効果と副反応]

予防接種により、インフルエンザ感染を予防したり、症状を軽くすることができます。また、インフルエンザによる合併症や死亡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、痛くなることがあります。通常は2〜3日で消失します。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、下痢などもまれに起こります。強い卵アレルギーのある方は強い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、アナフィラキシー様症状（蕁麻疹、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)ギラン・バレー症候群（両手足のしびれ、歩行障害など）、(4)肝機能障害、黄疸、(5)喘息発作。このような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手続きを行うこととなります。

## [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℃を超える人）
- 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  
なお、他の医薬品投与を受けて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相当と判断した人

## [予防接種を受けるに際し、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、カゼなどのひきはじめと思われる人
- 4、予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、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がある人
- 6、今までに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、妊娠の可能性のある人
- 9、気管支喘息のある人

## [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。医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐに連絡をと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。
- 3、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。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- 4、万一、高熱やけいれん等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下さい。