インフルエンザワクチン接種申込書・予診票

任 意 接 種 用

太枠については事前に記入してください。　　受　付　No

会　社　名		診察前の体温		度　　分	
社　員　番　号		所　属			
（フリガナ） 受ける人の氏名	（　　）	男・女	生年 月日	昭和　　年　　月　　日生 平成　（　　歳　　ヵ月）	

質　問　事　項	回　答　欄		医師記入欄
今日受けるインフルエンザの予防接種についての説明文を読み、効果や副反応などについて理解しましたか	いいえ	は　い	
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか 病名、具合の悪い箇所（　　） 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 治療（投薬など）を受けていますか 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	は　い は　い は　い は　い	いいえ いいえ いいえ いいえ	
特別な病気（先天性異常、心臓血管系・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、悪性腫瘍、その他）にかかったことがありますか 病名（　　）	は　い	いいえ	
薬や食品（特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの）で皮膚に発疹やじんましんが出た事がある、体の具合が悪くなったことがありますか 薬名・食品名（　　）	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 ①前回受けたのは（　　年　　月頃） ②その際に具合が悪くなったことはありますか ③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 予防接種名（　　）	は　い は　い は　い	いいえ いいえ いいえ	
4 週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか 予防接種名（　　）	は　い	いいえ	
けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか	は　い	いいえ	
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症の方がいますか	は　い	いいえ	
近親者の中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	
１ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、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	
（ご婦人の方に）現在、妊娠または妊娠の可能性はありますか。	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	

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　（ 実施できる・見合わせた方がよい ）　と判断します
本人(本人が未成年者の場合は保護者）に対して予防接種の効果・副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました

医師署名又は記名捺印＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人記入

医師の診断・説明を受け予防接種の効果や目的、副反応の可能性、及び裏面の個人情報の取り扱いについて理解し、接種することに同意します。

署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

使用ワクチン名	用法・用量	接種場所・医療機関名・接種日時
名　　称：インフルエンザ HA ワクチン Lot No.	皮下接種 １回目 ０．５mL	医療機関名：医療法人社団七星会　ｶｽｶﾞﾒﾃﾞｨｶﾙｸﾘﾆｯｸ 接種日：2024 年　　月　　日 接種時間：　　時　　分

※記載いただきました個人情報**は**ワクチン接種に関する予診にのみ使用します。

任 意 接 種

インフルエンザワクチンの予防接種をご希望の方に

１．ワクチンの効果と副反応

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みます。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、まれにワクチン接種直後から数日中に、発疹、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫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、筋力低下など、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、振戦、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（IgA 血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、白血球破砕性血管炎など）、(10) 間質性肺炎、(11) 皮膚粘膜眼症候群（スティーブンス・ジョンソン症候群）、急性汎発性発疹性膿疱症、(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。

2. 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）
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人（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人は、予防接種を受ける前に医師へその旨を伝え、判断を仰いでください）
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
⑤ 妊娠または妊娠の可能性がある人

3. 予防接種を受ける際に医師とよく相談しなくてはならない人

① 発育が遅く、医師や保健師の指導を継続して受けている人
② カゼなどのひきはじめと思われる人
③ 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患のある人
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人
⑤ 今までにけいれんを起こしたことがある人
⑥ 過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
⑦ 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
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ことのある人

4. 予防接種を受けたあとの注意

① 接種後 30 分間は接種会場・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医師とすぐ連絡が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。
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。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
④ 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。

5. その他

2022 年 7 月 22 日審議会において新型コロナワクチンとインフルエンザワクチンが同時接種可能となりました。
（第 33 回 厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会資料より）

6. 個人情報の取り扱いについて

医療法人社団七星会 PMS 管理責任者
1) 個人情報の利用目的
①ご本人様の健康状態を把握して、安全な予防接種を実施するため
②当クリニックにおける、予防接種実施状況の把握のため
2) お預かりした個人情報は、第三者に提供することはございません。
3) 皆様の健診データの開示、訂正、削除等についてのご質問・ご相談のある方は（Tel:03-5689-8211）にお問合せ下さい。
4) これらの個人情報をご提供いただくことは受診者様の任意ですが、ご提供いただけない場合は第 1 項に掲げる利用目的を達成できない場合がございます。