

注射用

インフルエンザ予防接種予診票

1回目 2回目
チロサル・フリー

*接種希望の方へ:太ワク内にご記入下さい。
*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をご記入ください。

診察前の体温

度分

住所	〒 - 横浜市		TEL () -	
（ふりがな）	()	男・女	生年	昭和・平成・令和 年 月 日生
受ける人の氏名			月 日	(歳 カ月)
(保護者の氏名)				

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文書を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。 注：原則、6か月～12歳の方は2回接種、13歳以上の方は1回接種となります。	いいえ()回目	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に()	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・ その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・ その病気の主治医に、予防接種を受けてもよいとされていますか。	はい 病名() はい・いいえ はい・いいえ	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名()	いいえ	
これまでに特別な病気（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、発育障害、その他の病気）にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。	はい 病名()	いいえ	
これまで重度の気管支喘息などの呼吸器疾患と診断されたことがありますか。	はい()年()月頃 (現在治療中 ・ 治療していない)	いいえ	
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()回くらい 最後は()年()月頃	いいえ	
これまでに薬や食品（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。	はい 薬、食品名()	いいえ	
近親者に予防接種を受けて、具合の悪くなった方はいますか。	はい	いいえ	
近親者で先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、おたふくかぜ、水痘（みずぼうそう）、などにかかった方がいますか。	はい 病名()	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合がわるくなったことがありますか。	はい 予防接種名・症状()	いいえ	
（予防接種を受けられる方がお子さまの場合）分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい 具体的に()	いいえ	
（女性の方に）現在妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか。または授乳していますか。	はい	いいえ	
その他、健康状態のことで医師につたえておきたいことや今日の予防接種について質問がありますか。	はい 具体的に()	いいえ	

医師の記入欄：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(もしくは保護者)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た。

医師の記名
または署名押印

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うえで接種を希望しますか。

ご署名： 18歳以上：ご本人， 18歳未満： 保護者

接種を希望します ・ 接種を希望しません

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
インフルエンザHAワクチン □ ビケンHA □ KMB □ チロサル・フリー	皮下接種 □ 0.5 mL (3歳以上) □ 0.25 mL (6か月～2歳)	実施場所： キッズクリニック鴨居 医師名： 接種年月日：
カルテNo		

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に於いてのみ使用いたします。 2025年9月作成 キッズクリニック鴨居

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下さい。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、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、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（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。

予防接種がうけられない方

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

予防接種を受ける際に、医師とよく相談しなければならない方

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、医師とすぐに連絡が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もかまいません。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。

重篤な健康被害が生じた場合

インフルエンザHAワクチンの任意接種については、ワクチンを適正に使用したにもかかわらず、その副反応により入院治療が必要になるなど重篤な健康被害が生じた場合は、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、救済手続きを行う制度があります。詳しくは独立行政法人 医薬品医療機器総合機構のホームページをご覧ください。問い合わせ先は下記のとおりです。

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口

〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル

電話：0120-149-931（フリーダイヤル）

URL: <https://www.pmda.go.jp/relief-services/adr-sufferers/0020.html>

