

下記の太枠内の項目を全てご記入の上、必ずこの**予診票**をご持参ください。
お持ちでない場合はクリニックの外來料金による接種となりますので、予めご了承ください。

窓口支払額:	円
会社請求額:	円
健保請求額:	円

【2022年度】インフルエンザ予防接種予診票

【ご注意】予診票は消せるボールペンやシャープペンでの記入の場合は書き直しとなります。必ずボールペンでの記入をお願いします。

所属会社		体温	3 . °C	
(フリガナ)	()	男・女	生年月日	S・H 年 月 日
保険証の氏名		TEL	()	-

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 予防接種について説明文(裏面)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今シーズン1回目ですか。	いいえ (1回目: 月 日)	はい	
3. 今日普段と違って具合の悪いところがありますか。	ある 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。 その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい 病名()	いいえ	
	はい・いいえ・相談していない		
5. 最近1ヶ月以内に熱がでたり、病気にかかったりしましたか。	はい 病名()	いいえ	
6. 今までに特別な病気(心臓血管系、脳神経系、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全症、その他)にかかり、医師の診断を受けていますか。	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たことはありますか。	はい	いいえ	
8. 今までにけいれんを起こしたことがありますか。	ある()回くらい	いいえ	
	最後は()年()月頃		
9. 薬や食品(特に鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
	薬または食品の名前()		
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. 最近、1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい 病名()	いいえ	
12. 直近1か月以内に別の予防接種を受けましたか。	はい 種類()	いいえ	
	接種日(月 日)		
13. インフルエンザ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 種類()	いいえ	
14. インフルエンザ以外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 種類()	いいえ	
15. (女性のみ) 現在、妊娠していますか。又は妊娠している可能性はありますか。	はい	していない	
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問はございますか。	はい	いいえ	

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、	本人直筆の署名(18歳未満の方は保護者の署名) <small>※桜十字博多駅健診クリニックでは、接種対象者は満18歳以上の方となります。</small> <div style="border: 1px dashed black; height: 30px; width: 100%;"></div> (※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。続柄)
接種を希望します ・ 接種を希望しません	

.....ここまでに未記入がある場合は接種ができません.....

医師欄	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)	医師の署名又は記名押印
	<small>※本人に対して、予防接種の効果や副反応並びに医薬品医療機器総合機構法に基づく救済法について、説明した。</small>	

↓ 医師の問診で接種指示をもらう前には、看護師はワクチンを接種することができません。

看護師欄	ワクチンロット番号	用法・用量	実施場所・接種年月日・医師名		
	Lot No.	0.5 ml	実施場所	桜十字博多駅健診クリニック	医師名
			接種年月日	令和 年 月 日	

記載いただきました個人情報はワクチン接種の予診にのみ使用いたします。

*この用紙は看護師が回収します。持ち帰らないでください。

インフルエンザHAワクチンの接種について

インフルエンザHAワクチン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。

[ワクチンの効果と副反応]

インフルエンザHAワクチンの接種により、インフルエンザを予防したり、症状を軽くすることが期待されます。また、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、小水疱などがみられることがありますが、数日以内に自然に消失します。また、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、咳、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、筋力低下なども起こることがあります。過敏反応として、発疹、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫などが起こることもあります。その他に、蜂巣炎、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、ブドウ膜炎、振戦が現れることがあります。強い卵アレルギーのある方は強い過敏反応を生じる可能性がありますので、接種前に必ず医師に申し出て下さい。

重大な副反応としては、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、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等)、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、急性汎発性発疹性膿疱症、(12)ネフローゼ症候群など。これらの疾患が疑われるような場合には、すぐに医師又はお近くの医療機関にご相談ください。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HAワクチンの接種を受けて、アナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難、全身性の蕁麻疹などを伴う重症のアレルギー反応)を起こしたことがある人。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ください。
4. 妊娠の可能性のある人(生理が遅れている、妊娠中であるなどを含む)
5. 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

[予防接種を受けるために条件がある人]

妊娠している人は産婦人科の主治医の接種可の了承を得ていることが接種の条件となります。主治医の許可が無い場合は接種ができかねますので予めご了承ください。

[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. かぜ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)で皮膚に発しんがでたり、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. 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を受けたあと30分間は、急な副反応(息苦しさ、蕁麻疹、咳など)が起きることがあります。一人になることは避け、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でた場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

[運営法人]

医療法人 福岡桜十字

福岡市中央区渡辺通3丁目5-11

医療機関名称	所在地	受付時間		連絡先	予約受付
桜十字福岡病院 ※接種対象：高校生以上(保護者の同意必須)	福岡市中央区渡辺通3丁目5-11	月～金	8:30～16:30	092-791-1100	予約不要
桜十字博多駅健診クリニック ※接種対象：満18歳以上	福岡市博多区博多駅中央街8番1号 JRJP 博多ビル8F	月～金	8:30～16:00	092-260-9915	要電話予約