

任意接種用

インフルエンザ予防接種

Web予約 ・ 予約なし

接種費用

集団接種

3200円

※太枠内をご記入ください。 ※中学生以下のお子さんが接種する場合には、必ず保護者が同伴してください。

| | | | | | | | | |
|----------|--|--|----|-------------|------------------|----|---|-----|
| 住所 | | | | TEL | | | | |
| (フリガナ) | | | | 男 ・ 女 | 生 年 月 日 | 大正 | | |
| 受ける方の氏名 | | | | | | 昭和 | 年 | 月 |
| (保護者の氏名) | | | 体温 | 度 | | 平成 | | |
| | | | | | | 令和 | (| 歳 |
| | | | | | | |) | ヶ月) |

| 質問事項 | 回答欄 | | 医師記入欄 |
|--|-------------------------------------|-----|-------|
| 1. 最近一か月以内に予防接種を受けましたか | はい 予防接種名() | いいえ | |
| 2. 今日受ける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 | |
| 3. 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()回目 前回の接種は(月 日) | はい | |
| 4. 今日、体に具合の悪いところはありますか。 | ある 具体的に() | いいえ | |
| 5. 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は、予防接種を受けてもよいと言われましたか | はい 病名() はい・いいえ はい・いいえ | いいえ | |
| 6. 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。 | はい 病名() | いいえ | |
| 7. 味覚および嗅覚に関して、異常を感じることはございますか | はい | いいえ | |
| 8. 海外への渡航歴や居住歴・コロナウイルス感染者・感染疑いのある方との接触歴はございますか | はい 具体的に () | いいえ | |
| 9. 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、その他の病気)にかかり医師の診察を受けましたか | はい 病名() | いいえ | |
| 10. これまで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、現在治療中ですか。 | はい ()年()月頃 (現在治療中 ・ 治療していない) | いいえ | |
| 11. 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 | |
| 12. 薬や食品(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 薬または食品の名前 () | いいえ | |
| 13. 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がいますか。 | はい 病名() | いいえ | |
| 14. 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 () | いいえ | |
| 15. (妊娠中の方に)産婦人科の主治医に接種可能と言われてますか | はい | いいえ | |
| 16. (接種を受けられる方がお子さんの場合)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 | |

裏面の内容をよくお読みいただき、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)

本人の署名(高校生以下の方は保護者の署名)

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載。 続柄:

医師の記入欄: 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる) 医師の署名または記名押印
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応およ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。

| 使用ワクチン名 | 用法・用量 | 実施場所・医師名・接種年月日 | |
|---------|--------------------------------------|----------------|---------------------|
| | 皮下接種 | 接種場所 | : 総合クリニック ドクターランド船橋 |
| | <input type="checkbox"/> 0.5mL(3歳以上) | 医師名 | : |
| | | 接種年月日 | : 令和 年 月 日 |

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関するのみ使用します。

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あたり、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。

予診票は出来るだけ詳しくご記入ください。お子様は保護者の方がご記入ください。

【ワクチンの効果と副反応】

予防接種をすることにより、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出来ます。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、しびれる、発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、めまい、リンパ節膨張、嘔吐・嘔気、下痢、関節痛、筋肉痛なども起こることがありますが通常は2～3日で消失します。過敏症として、発疹、じんましん、湿疹、紅斑、かゆみ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ください。非常にまれですが次のような副反応が起こる可能性があります。

1. ショック、アナフィラキシー様症状(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. ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)
4. けいれん(熱性けいれんを含む)
5. 肝機能障害、黄疸
6. 喘息発作

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ください。なお、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なうことになります。

【予防接種を受けることが出来ない方】

1. 明らかに発熱のある方(37.5℃を超える方)や重篤な急性疾患にかかっている方
2. 過去にインフルエンザワクチン接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある方。但し、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした方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。
3. 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方

【予防接種を受ける際に、医師とよく相談を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方
2. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている方
3. 風邪などのひき始めと思われる方
4. 予防接種を受けた時、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異常がみられた方
5. 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がある方
6. 今までにけいれんを起こしたことがある方
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がある方
8. 妊娠の可能性がある方
9. 気管支喘息のある方

【ワクチン接種後の注意】

1. インフルエンザワクチン接種後30分は急な副反応が起きることがあります。
医療機関に居るなどして様子を観察し、医師とすぐに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りはやめましょう。
3. 接種当日は接種部位を清潔に保ち、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。

医療法人 白報会グループ