

インフルエンザワクチン予防接種 予診票

【2026 年度】

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください

フリガナ		体温
氏 名		度 分
(18 歳未満は 保護者の氏名)		
性 別	男 ・ 女	
生年月日 (年齢)	西暦 年 月 日 (歳)	
住所	(〒 -)	(受付の際に 測定可能です)
電話番号		

質問事項	回答欄 (※ 該当に○印 ※)	医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について説明文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 <u>今シーズン1回目</u> ですか。	いいえ ()回目 前回の接種は (月 日)	はい
3. 1ヵ月以内にその他の予防接種を受けましたか。	はい 予防接種の種類 ()	いいえ
4. 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
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、今日の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か月以内に何か病気にかかりましたか？	はい 病名()	いいえ
7. 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
8. 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、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
9. 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 ()回ぐらい 最後は()年()月頃	いいえ
10. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しん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
11. 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
12. 1ヵ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
13. (女性の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ
14. 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があれば、具体的に書いて下さい。		

※ 接種者署名 ※医師の診察・説明を受け、接種を希望しますか？(スムーズな進行のために事前のご署名をお願いします)

(はい ・ 延期します) 署名(本人)

(18 歳未満は保護者署名欄)

医師署名欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防注射は(可能 ・ 見合わせる) 医師の署名

使用ワクチン	接種量	実施機関・接種日時
最終有効期限 年 月 日	皮下注 0.5mL	運河内科クリニック 医師名: 林 和美 接種日時: 2026 年 月 日

インフルエンザワクチンの接種を受けられる方へ

〈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なります。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、まれにワクチンの接種直後から数日中に、発疹、じんましん、湿疹、多形紅斑、紅斑、かゆみ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。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、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）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、（7）血小板減少性紫斑病、血小板減少、（8）血管炎（アレルギー性紫斑病、アレルギー性肉芽腫性血管炎、白血球破砕性血管炎など）、（9）間質性肺炎、（10）脳炎・脳症、脊髄炎、（11）皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson 症候群）、（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。

〈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

〈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、医師や保健師さん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がある人
- 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がある人
- ⑨ 妊娠の可能性のある人

〈予防接種を受けたあとの注意〉

- ① 接種後 30 分間は病院にいて様子を観察し、アレルギー反応などがあればとすぐに連絡を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。

接種予定日	医療機関名
月 日（ ） 時 分頃に来院してください。	運河内科クリニック