

境町		小児用インフルエンザ予防接種予診票				(回目)	
				診察前の体温		度 分	
住 所	茨城県猿島郡境町						
フ リ ガ ナ				電話番号			
受ける人の氏名				男	生 年	年 月 日生	
保 護 者 の 氏 名				女	月 日	(歳 力月)	
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境町から配られている説明書(裏面)を読みましたか					はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか					はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします							
出生体重 () g					あった	なかった	
分娩時に異常がありましたか					あった	なかった	
出生後に異常がありましたか					ある	ない	
乳児健診で異常があるとされたことがありますか							
今日、具合の悪いところはありますか					はい	いいえ	
具体的な症状を書いてください ()							
最近1カ月以内に病気にかかりましたか					はい	いいえ	
病名 ()							
1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの					はい	いいえ	
病気の方がいましたか (病名)							
1カ月以内に予防接種を受けましたか					はい	いいえ	
予防接種の種類 ()							
今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、					はい	いいえ	
医師の診察を受けていますか 病名 ()							
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けて良いといわれましたか					はい	いいえ	
これまでに重度の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	
(年 月頃) 現在治療中 ・ 治療していない							
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 力月頃					はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか					はい	いいえ	
薬や食品(ゼラチン・鶏卵・鶏肉など)で皮膚に発疹やじんましんが出たり、					はい	いいえ	
具合が悪くなったりしたことがありますか							
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか					ある	ない	
予防接種の種類 ()							
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか					はい	いいえ	
6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリン(注)の注射を受けましたか					はい	いいえ	
(女性の方へ) 現在妊娠している可能性(生理不順等) ありますか					はい	いいえ	
今日の予防接種について質問はありますか					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 ・ 見合わせたほうが良い) と判断します。							
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をしました。							
医師署名又は記名押印							
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、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、							
接種することに(同意します ・ 同意しません) カッコ内のどちらかを○で囲んで下さい。							
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出される事に同意します。							
保護者自署							
使用ワクチン名		接種量		実施場所・医師名・接種年月日			
メーカー名		皮下 3歳未満	0.25 ml	実施場所		医師名	
Lot No.		皮下 3歳以上	0.5 ml				
※有効期限が切れていないか要確認		経鼻 2歳以上	0.2 ml	接種年月日		令和 年 月 日	
(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、							
この注射を3～6カ月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分に出ないことがあります。							

小児用のインフルエンザ予防接種について

インフルエンザは流行が爆発的に始まり、短期間に乳幼児から高齢者まで大勢の人に感染するという点で普通のかぜとは区別して考えられます。

インフルエンザに感染して発病すると、急激な発熱・悪寒・全身倦怠・咳・鼻水・のどの痛み・頭痛など様々な症状が出ます。また、合併症として、肺炎、気管支炎を起こすこともあり、命の危険にも繋がります。

インフルエンザ予防接種は、発症そのものを完全に防ぐことはできませんが、罹患しても症状の重症化を抑えることができるとされています。

◆ 予防接種ができない方（接種不適合者）

1. 明らかに発熱（37度5分以上）のある方。
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方。
3. インフルエンザ予防接種に含まれている成分によってアナフィラキシーを起こしたことが明らかな方。
※ 「アナフィラキシー」というのは通常接種後30分以内に起こるひどいアレルギー反応のことです。
発汗・顔が急にはれる・全身にひどいじんましんが出る・吐き気・嘔吐・声が出にくい・息が苦しいなどの症状に続きショック状態になるような激しい全身反応です。
4. その他、医師が不適当な状態と判断した場合。
※ 具体的には、医師とご相談ください。

◆ 予防接種前の注意

1. 予診票をよく読み、現在の体調や治療中の病気、アレルギーの有無について正確に記入してください。
2. 現在、治療を受けている方、薬を飲んでいる方は、予防接種を受けてもよいかをかかりつけの医師に必ずご相談ください。
3. 2回目の接種を行う場合は4週間以上の間隔をあけて接種する事が推奨されています。
4. 新型コロナウイルスワクチンとの同時接種は可能です。

◆ 予防接種後の注意

1. 接種後30分間は、急な副反応が起こることがあります。医師とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
2. 副反応の多くは24時間以内に起こりますので、特にこの間は体調に注意しましょう。
3. 接種部位が赤くなったり、痛くなったり、熱が出るといった副反応が起こることがありますが、通常2～3日で治まります。ごくまれに重い副作用があらわれることがあります。接種後に異常が認められた場合は、接種医のもとで必ず診療を受けてください。
4. 入浴は差し支えありませんが、接種した部位をこすることはやめましょう。
5. 接種後24時間、接種部位を清潔に保ち、激しい運動は避けましょう。