

インフルエンザワクチン予防接種予診票

任意接種用

※接種希望の方は太枠内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。

会社名				診察前の体温		度 分	
住所				TEL () —			
フリガナ			男・女	生年 月 日	西暦	年 月 日 生	(歳 か月)
受ける人の氏名							
保険証記号・番号	記号：	番号：	社員番号				

質問事項	回答欄		医師記入欄
1.今回のインフルエンザ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、普段と違って具合の悪いところがありますか	はい 具体的に()	いいえ	
3.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もよいと言われましたか	はい 病名()	いいえ	
4.最近1カ月以内に病気にかかりましたか	はい 病名()	いいえ	
5.特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・膵臓・脳神経の病気、 免疫不全症、接液疾患、その他)にかかったことがありますか	はい 病名()	いいえ	
6.薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鳥由来のもの)で皮膚に発疹や 蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい 薬名・食品名()	いいえ	
7.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 ごろ)	いいえ	
8.今まで呼吸器系疾患(間質性肺炎、気管支喘息など)と診断されたことはありますか	はい	いいえ	
9.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 前回の接種(月 日)	はい	
10.インフルエンザ予防接種の際に気分が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
11.インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか	はい 予防接種名()	いいえ	
12.1カ月以内に予防接種を受けましたか	はい 接種日(月 日) 予防接種名()	いいえ	
13.近親者に先天性免疫不全症の方がいますか	はい	いいえ	
14.1カ月以内に近親者や周辺で麻疹(はしか)、風疹、水痘(水疱瘡)、 おたふく風邪などにかかった方はいますか	はい 病名()	いいえ	
15.【女性の方に】現在妊娠していますか	はい	いいえ	
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があれば 具体的に記入してください			

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせた方がよい)と判断します。

本人に対して、予防接種の効果、副反応及び独立行政法人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。

医師の署名又は押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応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)	本人の署名
--	-------

【個人情報の取扱いに関する同意】 私は個人情報の取扱いについての説明文(裏面)を確認し、同意します。	本人の署名
---	-------

使用ワクチン名		用法・容量	実施場所・医師名・接種日時	
インフルエンザHAワクチン		皮下接種 0.5mℓ	実施場所：	
Lot.No.	カルテNo.		医師名：	
			接種日時：	年 月 日 時 分

予防接種に当たって、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。その為、表面の予診票をできる限り詳しく記入してください。

【ワクチンの効果と副反応】

インフルエンザ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、痺れる、小水疱などがみられることがあります。数日以内に自然に焼失します。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、筋力低下などが起こることがあります。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。強い卵アレルギーなど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ください。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(蕁麻疹、呼吸困難、血管性浮腫など)、(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、痙攣、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(両手足の痺れ、歩行障害など)、(5)痙攣(熱性痙攣含む)、(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など)、(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(いずれも頻度不明)。その他にも不明な症状が現れたり、これらの疾患が疑われるような場合は、接種医又はお近くの医療機関にご相談ください。

【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℃を超える人)
- 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
- 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

【予防接種を受けるに際し、かかりつけの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.過去に予防接種を受けた時に、2日以内に発熱、発疹、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常がみられた人
- 4.薬の投与又は食事(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人
- 5.過去に痙攣を起こしたことがある人
- 6.過去に免疫不全の診断がなされている人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- 7.妊娠の可能性がある人
- 8.間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人

【健康診断後に相談をしなければならない人】

- 1.血圧測定にて業務制限(180/110mmHg以上)がかかった人
※万が一に備え、当日の接種を実施せず、別日にて接種をご案内いたします。

個人情報の取扱いについて

受診者の個人情報は「個人情報保護に関する法律」等関連法令に遵守し、適切に管理した上で、下記の目的に利用させていただきます。ご理解賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。万一、利用目的に同意いただけない場合、予防接種の実施に請求に支障が出る場合があります。

1.利用目的

- (1)予防接種を実施するため行う予診
- (2)(ア)予防接種の請求業務に関わる請求明細書等
(イ)予診票、接種結果にかかわる通知書等の発送
- (3)受診者記入の書類から直接個人情報を収集する場合
※ご本人が記入した予診票から、氏名・年齢等の属性並びに日常生活の基本情報を収集した場合、予防接種の可否の判断、結果の報告等の目的達成のためのみに利用します。

2.個人情報の提供について

皆様の同意を得ることなく、個人情報を外部に提供することはありません。ただし、他の医療機関から照会があった場合は、特に申し出がない限り、皆様の健康に資する範囲において、提供する場合があります。

3.専門機関への委託について

業務の一部を専門機関へいたうする場合、委託先に対しては、契約等にて個人情報保護に関する措置を遵守するよう、必要かつ適切な指導・監督を行っています。

4.正確性への確保

取得した個人情報は収集目的上利用に必要な範囲内において、正確、かつ最新の状態で管理しています。

5.個人情報の開示、訂正等について

皆様は、ご自身の個人情報について、法令に基づき開示・訂正・削除・利用停止等をご請求いただけます。詳しくは「お客様相談室」までお問い合わせください。

<お客様相談室> 医療法人 健人会 那須クリニック 関西検診協会
〒532-0011 大阪市淀川区西中島4-4-21
TEL：06-6308-3908 FAX：06-6308-3631