

2024年度 インフルエンザ予防接種予診票

受診者様の個人情報、個人情報保護法を遵守し予防接種以外は使用いたしません。

説明文を確認して個人情報の取り扱いにご同意いただける方は、下記の問診にご記入いただき接種をお受けください。

予防接種を受ける前に太枠内(体温は、接種前に検温)をご記入ください。

接種日時	年 月 日 時 分	診察前の体温		度	分
住 所		男	生	昭和	
会 社 名		・	年	・	年 月 日生
所 属		女	月	平成	(歳)
氏 名	(記号・番号:)	連絡先	日中ご連絡の取れる連絡先		
		内線orTEL			

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1. 今年、インフルエンザの予防接種は何回目ですか。	初めて	2回目	
2. 今日受ける予防接種について、説明文を読みましたか。	は い	いいえ	
3. 今日は、ふだんと違って具合の悪いところがありますか。	ある (具体的に)	な い	
4. 現在、何かの病気で医療機関に通院していますか。 薬を飲んでいますか。	いる (病名) いる (薬品名)	いない いない	
5. ここ1ヶ月の間に、何かの病気で医療機関の診療を受けたことがありますか。	ある (病名) 年 月 頃	な い	
6. 今までけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	あ る いつ頃 年 月 頃	な い	
7. 免疫不全と診断されたことがありますか。	あ る	な い	
8. 今までに薬や食べ物で皮ふに発疹ができたことがありますか。	あ る (薬または食品名)	な い	
9. 卵または鶏肉を食べて皮ふに発疹ができたことがありますか。	あ る (年 月 頃) 今は食べて (いる・いない)	な い	
10. 4週間以内に右の予防接種を受けたことがありますか。	麻しん・風しん・おたふくかぜ 水痘・BCG・黄熱	な い	
11. 2週間以内に問10以外の予防接種を受けたことがありますか。	あ る (予防接種名) 年 月 頃	な い	
12. 生まれてから今までに特別な病気(先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・血液疾患・免疫不全症・その他の病気)にかかり医師から診断を受けていますか。	い る (病名・主治医コメント)	いない	
13. 今までに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことはありますか。	あ る (予防接種名) 年 月 頃	な い	
14. [女性の方] 現在妊娠の疑い、または妊娠中ですか。	は い (疑い・妊娠中 : 週)	いいえ	
15. その他健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください。			

医師記入欄

医師のサイン

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる)

予診の結果を聞いて、今日の予防接種を受けますか。

接種本人のサイン

は い ・ 見合わせます

使用ワクチン名 : インフルエンザHAワクチン
Lot. No. :

接種量
0.5 ml

医療法人社団 日健会 日健クリニック

『 インフルエンザワクチンの接種について 』

【個人情報の取り扱いについて】

個人情報につきましてはインフルエンザの予防接種以外には使用いたしません。

【個人情報お問い合わせ窓口】

利用目的: 予防接種の実施、事業所・健康保険組合等への請求書明細などに使用。

個人情報保護管理者 統括本部長

インフルエンザの予防接種を実施するにあたって、その安全性を確保するためには、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。以下の内容をご確認いただいた上で、予診票にできるだけ詳しくご記入をお願い致します。

【 ワクチンの効果 】

今回の予防接種は、インフルエンザ感染予防や感染を軽くする、または、インフルエンザによる合併症や死亡を予防する目的のために実施するものです。

【 副作用 】

副作用として、以下のような症状がありますので、必ずご確認ください。

1. 注射をした部分が赤くなる、腫れる、痛くなるなどの局所症状、発熱、頭痛、寒気、倦怠感などの全身症状もまれに起こることがありますが、通常は2～3日でなくなります。
2. 接種後数日から2週間以内に発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害などの症状が現れることもあります。
3. 非常にまれではありますが、ショック症状や呼吸困難、じんましん（アナフィラキシー）などが現れることもあります。

（注）アナフィラキシーとは

通常、接種後約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（おうと）、声が出にくい、息が苦しいなどの症状に続いて、血圧が下がっていく激しい全身反応です。

【 接種を受けることができない方 】

1. 接種日現在、発熱している方（通常は、37.5℃を超える場合を言います。）
2. 急性の病気で薬を飲む必要のあるような方（その後の病気の変化が分からなくなる可能性もあるので、その日は見合わせるのが原則です。）
3. 以前にこの予防接種を受けて、アナフィラキシー症状を起こしたことのある方
4. 妊娠の可能性のある方、妊娠中の方
5. 今回のワクチンの成分又は鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のものに対して、アレルギーがあるとされたことのある方
6. 上記の他、予防接種を行うことが不適当（医師が判断した場合）な状態の方

【 接種に注意が必要な方 】

健康状態や体質を考慮し、次のいずれかに該当する方は注意が必要です。

1. 心臓血管系疾患、肝臓疾患、血液疾患、その他慢性的の病気で治療を受けている方
2. 前回の予防接種において、2日以内に発熱があった方、または全身性発疹（ほっしん）などのアレルギー症状を発症したことのある方
3. 過去にけいれんを起こしたことのある方
4. 過去に免疫不全と診断されている方

【 ワクチン接種後の注意 】

1. 予防接種を受けた後30分間は、急な副作用が起きることがあります。この場合は、すぐに医師（医療機関）へ連絡を取って下さい。
2. 接種当日はいつもの通りの生活（入浴は差し支えありませんが、注射した部位は強くこすらない）をしても構いませんが、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
3. 予防接種を受けた後、接種した部位が痛みや熱をもってひどくはれたり、全身のじんましん、繰り返す嘔吐、顔色の悪さ、低血圧、高熱、などの症状が現れましたら、医師（医療機関）の診療を受けて下さい。

【 当日受診者さまへのお願い 】

1. 当日、検温をされた上での受診をお願い致します。
2. 会場への来所は各自マスクを持参着用することを原則とします。
3. 手指消毒の徹底
4. 会場では換気を定期的に行うため、外気温との寒暖差が生じる恐れがありますので、着衣の調整をお願いいたします。

このワクチンには、製造の過程で鶏卵を使っておりますので、鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のものに対して、アレルギーのある方は強い副作用を起こす事があります。アレルギーがあるとされた事のある方は、必ず医師に申し出てください。