

# インフルエンザ予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク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。

※お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入ください。

診察前の体温

度

分

住 所	フリガナ	TEL ( ) -
受ける人の氏名	(保護者の氏名)	男・女 生年 月 日 年 月 日生 (満 歳 カ月)

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
1. 今日受け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今シーズン1回目ですか	いいえ ( 回目)	はい
3. 今日、体に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、何かの病気で医師にかかっていますか	はい (病名) 薬をのんでいますか (いる・いない)	いいえ
5. 最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか	はい (病名)	いいえ
6. 今までに特別な病気(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ていますか	いる (病名)	いない
(“いる”の場合)その主治医に、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	いいえ	はい
7. これまで間質性肺炎、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 月ごろ (現在治療中・治療していない)	いいえ
8. 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
9. 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	ある 回ぐらい 最後は 年 月ごろ	ない
10. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	ある (薬または食品の名前)	ない
11. これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか	ある (予防接種名・症状)	ない
12. 1ヵ月以内に近親者や周囲で麻しん(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる (病名)	いない
13. 最近1ヵ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
14. (女性の方に)現在妊娠していますか	はい	いいえ
15. (接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児検診などで異常がありましたか 出生体重 ( )g	ある (具体的に)	ない
16. 今日の予防接種について質問がありますか	ある (具体的に)	ない

※これら以外に、接種にあたって確認させていただく場合があります。

## 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 ・ 見合わせた方がよい ) と判断します。  
本人または保護者に対して、予防接種の効果、副反応及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ました。

## 医師署名又は記名押印

## 本人(保護者)記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応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 )

署名 (代筆者の場合: 続柄 ) (なお被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください。)

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザHAワクチン「生研」 Lot No. : カルテNo. : (販売:武田薬品工業株式会社)	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5mL (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25mL (6ヵ月以上3歳未満)	実施場所: 医師名: 接種日時: 年 月 日 時 分

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に於いてのみ使用いたします。

# インフルエンザワクチンの接種を受けられる方へ

この予診票は、任意で接種を希望される方用です。定期接種として接種を受ける場合、あるいは、公的補助等を受けて接種を受ける場合は、お住まいの自治体(市区町村)からの通知をご覧ください。インフルエンザの予防接種を実施するにあたって、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。そのため、裏面の予診票にできるだけ詳しくご記入ください。お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入ください。

なお、インフルエンザについては、武田薬品のホームページ([https://www.takeda.co.jp/patients/vaccine\\_portal/influenza/](https://www.takeda.co.jp/patients/vaccine_portal/influenza/))でも紹介しています。



## ワクチンの効果と副反応

予防接種により、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できます。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、しびれることがあります。通常は2~3日で消失します。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、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛なども起こることもあります。通常は2~3日で消失します。過敏症として、発しん、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、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、血管浮腫等)、(2)急性散在性脳脊髄炎(ADEM)(通常、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、意識障害等)、(3)脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、(4)ギラン・バレー症候群、(5)けいれん(熱性けいれんを含む)、(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等)、(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。(1)から(12)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又は近親者が、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(通常は37.5℃以上の人)
  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
- なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、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
4. その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した人

## 予防接種を受けるに際し、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. カゼなどのひきはじめと思われる人
4. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発しん、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常がみられた人
5. 薬の投与又は食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある人
6. 今までにけいれんを起こしたことがある人
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のある人
8. 妊娠の可能性のある人
9. 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人

## 予防接種を受けた後の注意

1. インフルエンザワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応が起きることがあります。医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐ連絡をとれるようにしておきましょう。
2. インフルエンザワクチン接種後、1週間は副反応の出現に注意しましょう
3. 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
4. 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつもどおりの生活をしましょう。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう
5. 万一、高熱やけいれん等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

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日 ( ) 当日は受付に 時 分頃 おこしてください	

# インフルエンザ予防接種を受ける前にお読みください

予防接種の効果や副反応についてよく理解しましょう。気にかかることやわからないことがあれば、医師に質問し、十分に理解してから接種を受けてください。予診票は、医師が予防接種の可否を決める大切な情報であり、正しく記入してください。

## インフルエンザはどんな病気？

インフルエンザは、感染を受けてから1～3日後に、高熱、頭痛、関節痛、筋肉痛、全身倦怠感などの症状が突然あらわれ、咳・鼻水などの風邪と同じような症状が現れます。まれに急性脳症を、高齢の方や免疫力の低下している方では肺炎を伴うなど重症化し、命にかかわる場合もあります。

## 予防する対策

- ①予防接種を受ける
- ②人混みを避ける
- ③栄養と休養を十分にとる
- ④室温と湿度を適度に保つ
- ⑤手洗いやうがいをする
- ⑥咳やくしゃみは他の人にかからないようにする（咳エチケット）

## ワクチンの効果

ワクチンには、感染を完全に防ぐ効果はありませんが、発病を予防したり、発病しても重症化（肺炎、脳症などの重い合併症が現れること）を防ぐ効果があります。ワクチンは毎年、流行の予測に基づき、4種類（A型2種類、B型2種類）のインフルエンザウイルスに対応するよう国が決定しています。

## 接種ができる方

生後6か月以上の方で接種できます。一部のワクチンは1歳以上が対象です。接種は義務ではありません。自らの意思で接種を希望している方が対象です。対象者の意思の確認が容易でない場合は、家族またはかかりつけ医の協力を得て、その意思を確認することも差し支えありませんが、明確に対象者の意思を確認できない場合は接種できません。

## 神戸市による接種費用一部助成の対象となる方

いずれも接種日時時点で神戸市に住民登録がある方

	対象となる方	自己負担額
定期接種	①65歳以上の方 ②60～64歳で心臓・腎臓・呼吸器の機能、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害を有する方（身体障害者手帳1級または同程度以上の方）	1,500円
	①または②に該当される方のうち、 生活保護世帯、 市民税非課税世帯、 神戸市発行の公害医療手帳をお持ちの方、 中国残留邦人等支援給付対象者 ※無料となる方の証明書類につきましては、 市ホームページ（右記バーコード参照）または総合コールセンターにてご確認ください。	自己負担なし （無料）
任意接種	対象となる方	助成額
	③満1～12歳の方	【1回目】 2,000円
	③に該当される方のうち、 <u>同一世帯に18歳未満の児童が2人以上いる世帯</u> の方	【1・2回目】 2,000円

## 他の予防接種を受けている場合の接種間隔

インフルエンザワクチンは不活化ワクチンであり、接種間隔の制限はありません。新型コロナワクチンとの接種間隔の規定は廃止されたため、接種間隔の制限はなく、同時接種も可能です。

## 予防接種を受けることができない方

- ① 接種当日、明らかに発熱のある方（一般的に、体温が37.5℃以上の場合）
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
- ③ インフルエンザワクチンに含まれる成分（鶏卵等）によって、アナフィラキシーショック（※）を起こしたことが明らかな方（※通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のじんましん等を伴う重いアレルギー反応のこと）
- ④ その他、医師より不適當な状態と判断された方

## 接種を受けるときに注意を要する方

- ① 心臓、腎臓、肝臓、血液、発育障害などの基礎疾患がある方
- ② 過去にけいれんの既往がある方
- ③ 過去に免疫不全の診断を受けている方及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる方
- ④ 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患がある方
- ⑤ インフルエンザワクチンに含まれる成分によって、アレルギーを呈するおそれがある方

## 接種後の注意事項

- ① 接種後24時間は副反応の出現に注意してください。（特に接種後30分以内）
- ② 接種後1時間を経過すれば、入浴は問題ありませんが、接種部位をこすらないようにしましょう。
- ③ 接種部位を清潔に保ちましょう。過激な運動、大量の飲酒は、接種後24時間は避けましょう。

## 予防接種の副反応

接種後に接種部位の発赤・痛み・腫れ、発熱・寒気・頭痛・倦怠感などの副反応が出ることがありますが、通常2～3日のうちに治ります。また、他の病気が偶然重なって現れることもあります。接種後に高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

重大な副反応として、まれにアナフィラキシーショック（じんましん、呼吸困難など）が現れることもあります。そのほか、接種後数日から2週間以内にけいれん、運動障害、意識障害などの重い症状が現れることもあると報告されており、接種後、体調に変化があった場合は、すぐに接種医にご相談ください。医師の治療を受けた場合の費用は原則、自己負担です。

## 予防接種健康被害救済制度

接種後に重い健康被害が生じ、入院治療が必要となったり、その後に障害が残ったりした場合には健康被害救済制度の対象となる場合があります。副反応や予防接種健康被害救済制度について不明な点がございましたら、神戸市保健課（電話：078-322-6788／FAX：078-322-6732）にご相談ください。

## 予防接種を受けない場合

医師が診察を行い、接種に関する説明を十分受けたうえで、接種を実施しなかった場合は、それがいかなる理由であっても、その後、インフルエンザにかかる、あるいはかかって症状が重症化、死亡が発生しても、担当した医師にその責任を求めることはできません。

① 詳しくは、市ホームページでご確認ください。

神戸市 予防接種

