

回数	1回法	令和8年度インフルエンザワクチン診療録				外来（一般 1回）			
氏名	フリガナ			生年月日	大正昭和平成令和 年 月 日生（ ）歳				
	男 ・ 女								
自宅住所	Tel（ - - ）			勤務先名	Tel（ - - ）				
接種日	令和 年 月 日			体温： 度 分					
使用ワクチン名 製造ロット番号			接種者						

予防接種を安全に行うために以下の質問にお答えください。

質 問 事 項（中学生以下の方は保護者が記入して下さい）	回 答 欄		医師記入欄
今日受けられる予防接種についての説明文（裏面）をお読みにになりましたか？	はい	いいえ	
今日、体の具合の悪いところがありますか？（ ）	はい	いいえ	
1ヶ月以内に体調を崩したり病気をしましたか？	はい	いいえ	
現在医師の診察を受けていますか？ 病名（ ）	はい	いいえ	
その病気の主治医に今日の予防接種を受けても良いと言われましたか？	はい	いいえ	
1ヶ月以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか？ 予防接種名（ ） 接種日（ ）	はい	いいえ	
今までに受けた予防接種（インフルエンザを含む）で具合が悪くなったことがありますか？ 予防接種名（ ）	はい	いいえ	
薬や食品（鶏肉、鶏卵など）でじんましん等が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか？ 薬または食品名（ ）	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかり、医師の診察を受けたことがありますか？ 病名（ ）	はい	いいえ	
その病気の主治医に今日の予防接種を受けても良いと言われましたか？	はい	いいえ	
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	いいえ	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか？（ 歳頃）	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか？	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか？	はい	いいえ	
1ヶ月以内に近親者や周囲で麻疹（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はいますか？	はい	いいえ	
《女性のみ》 現在妊娠している、または可能性がありますか？ 現在（ ）週です	はい	いいえ	
《接種を受けられる方が中学生以下の場合》 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか？小学生以下の場合は 出生体重も記入してください。（ g ）	はい	いいえ	
医師の説明を受け、予防接種の効果や副反応について理解した上で、本日の接種を受けますか？（ 受ける ・ 見合わせる ）	本人または保護者の署名		

※医師の記入欄

本人または保護者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文書で説明した。 問診及び診察の結果、本日の接種は【 可能 ・ 見合わせる 】	
医師名	

会計欄	金 額（税込）	領収印
	¥3,900	

〒103-0026 中央区日本橋兜町8番8号
医療法人社団 兜中央会
中島クリニック 院長 中 島 興 治

インフルエンザの予防接種を受けられる方へ

インフルエンザワクチンの接種に当たって、表面の予診票は、あなたの健康状態をよく把握し担当医師に正確な情報を伝えるための大切なものです。そのため、できるだけ詳しくご記入ください。

【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などを予防することが期待されます。

一方、副反応に関して、注射部位の局所症状として、赤くなる、腫れる、硬くなる、熱を持つ、痛くなる、しびれる、小水疱、蜂巣炎が報告されています。過敏症として発しん、じんましん、湿しん、紅斑、多形紅斑、そう痒、血管浮腫が報告されています。精神神経系として、頭痛、一過性の意識消失、めまい、顔面神経麻痺等の麻痺、末梢性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反応、しびれ感、振戦が報告されています。消化器系として、嘔吐、嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、筋骨格系として、関節痛、筋肉痛、筋力低下が報告されています。その他、発熱、悪寒、倦怠感、リンパ節腫脹、咳嗽、動悸、ぶどう膜炎が報告されています。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、次のような重大な副反応が起こることがあります。

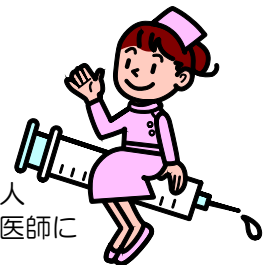
(1) ショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管浮腫など）(2) 急性散在性脳脊髄炎（通常接種後数2週間以内の発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害など）(3) 脳炎、脳症、脊髄炎、視神経炎
(4) ギラン・バレー症候群（両手足のしびれ、歩行障害など）(5) けいれん（熱性けいれんを含む）
(6) 肝機能障害、黄疸(7) 喘息発作(8) 血小板減少性紫斑病、血小板減少(9) 血管炎（IgA血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、白血球破砕性血管炎など）(10) 間質性肺炎(11) 皮膚粘膜眼症候群、急性汎発性発疹性膿疱症(12) ネフローゼ症候群

こ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（入院が必要な程度の疾病や傷害など）が生じた場合については、健康被害を受けた人又は家族が、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づいて救済手続きを行うことになります。詳しくは独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページをご覧ください。

【予防接種を受けることができない人】

次のいずれかに該当すると認められる場合には、接種を行ってはいけません。

1. 明らかに発熱している人（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
また、過去に他の医薬品によってアナフィラキシーを起こしたことのある人は、接種前に医師にその旨を伝え、医師の指示に従ってください
4. その他、予防接種を受けることが医師により不適当と判断された人
※具体的には医師とよく相談してください



【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】

健康状態および体質について、次のいずれかに該当すると思われる場合、接種前に必ず医師と相談してください。

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病、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. 風邪の引きはじめや、極端に体力を消耗している人
4. 予防接種で2日以内に発熱のみられた人、および発しん・じんましん等のアレルギーを疑う異常がみられた人
5. 薬の投与または食事（鶏卵、鶏肉及び卵製品）で発疹がでたり異常をきたしたことがある人
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. 過去にひきつけ（けいれん）をおこしたことがある人
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疾患のある人



【予防接種を受けた後のご注意】

インフルエンザワクチンの接種を受けた後、何か変化があればすぐに医師の診察を受けるようにしましょう。

1. 接種後30分間は、急な副反応が起こることがあります。なるべく医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐに連絡がと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てください。
3. 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通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。
4. 万一、高熱やけいれんなど異常な症状がでた場合は、速やかに医師の診察を受けてください。