

# 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をご記入ください。



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となります。

## 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 おこしください	津生協病院 〒514-0015 三重県津市寿町16-24 ※受付は2F TEL.059-225-2848

3歳以上

## 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。

※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をご記入ください。

		診察前の体温		度	分
住 所	フリガナ		TEL( )	-	
受ける人の氏名			男	生年	年 月 日生
(保護者の氏名)			女	月日	(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 販売会社名[ ] Lot No. : カルテNo. :	皮下接種 <input checked="" type="checkbox"/> 0.5mL <del><input type="checkbox"/> 0.25mL</del>	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はワクチン接種の予診に関し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となります。

## 予防接種を受けることができない人

- 明らかに発熱のある人(通常は37.5℃以上の人)
- 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- 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
- 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

- 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
- 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
- カゼなどのひきはじめと思われる人
- 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
- 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
- 今までにけいれんを起こしたことがある人
- 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がある人
- 妊娠の可能性のある人
- 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

- 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。
- 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
- 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
- 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
- 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	津生協病院 〒514-0015 三重県津市寿町16-24 ※受付は2F TEL.059-225-2848

3歳未満

## 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。

※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をご記入ください。

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

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 販売会社名[ ] Lot No. : カルテNo. :	皮下接種 <del>0.5mL</del> <input checked="" type="checkbox"/> 0.25mL	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はワクチン接種の予診に関してのみ使用いたします。

## 新型コロナワクチン(ダイチロナ筋注)の接種をご希望の方へ

新型コロナワクチン(ダイチロナ筋注)の接種を実施するにあたり、接種を受けられる方の健康状態を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の上、医師の診察をお受けください。なお、お子さまの場合、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

### ワクチンの効果と副反応

ワクチン接種により、新型コロナウイルスに対する抗体ができ、感染症を予防します。

一方、ワクチン接種に伴う副反応として、注射部位反応(注射部位の痛み、熱感、腫れ、赤み、かゆみ、しこり)がみられます。全身症状として頭痛、筋肉痛、倦怠感、発熱がみられることがあります。また注意が必要な症状としてショック、アナフィラキシー(息苦しさ、じんましん、血管性浮腫など)、心筋炎・心膜炎(胸の痛み、動悸、むくみ、息切れ、浅くて速い呼吸など)、血管迷走神経反射(立ちくらみ、血の気がひく、気を失う(失神する)など)、ギラン・バレー症候群(手足に力がはいらぬ、しびれ、食べものが飲み込みにくい、呼吸が苦しいなど)などが起こることがあります。接種後に気になる症状があった場合は、直ちに医師に相談してください。

なお、副反応による健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた方また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(<https://www.pmda.go.jp/>)をご覧ください。

### 予防接種を受けることができない方

- 1) 明らかに発熱している方(通常は37.5℃を超える場合)
- 2) 重い急性疾患にかかっている方
- 3) 本ワクチンに含まれている成分に対し重度の過敏症\*があった方  
\*アナフィラキシーや、全身性の皮膚・粘膜症状、喘鳴、呼吸困難、頻脈、血圧低下など、アナフィラキシーを疑わせる複数の症状
- 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方

### 予防接種を受ける際に医師と相談していただく方

- 1) 血小板減少症または凝固障害のある方、抗凝固療法を受けている方
- 2) 過去に免疫不全の診断を受けた方、近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- 3) 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害などの基礎疾患のある方
- 4) 過去に予防接種を受けて、接種後2日以内に発熱のみられた方および全身性の発疹などのアレルギーが疑われる症状がでた方
- 5) 過去にけいれんを起こしたことがある方
- 6) 本ワクチンの成分に対して、アレルギーが起こるおそれがある方
- 7) 腎機能障害のある方
- 8) 肝機能障害のある方
- 9) 妊娠中または妊娠の可能性のある方、授乳されている方

### 予防接種を受けた後は以下の点に注意してください

- 1) 本ワクチンの接種後15分以上(過去にアナフィラキシーを含む重いアレルギー症状を起こしたことがある方や、気分が悪くなったり、失神などを起こしたりしたことがある方は30分以上)は、接種を受けた施設でお待ちいただき、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師へ連絡してください(急に起こる副反応に対応できます)。
- 2) 接種後に接種部位の異常反応や体調の変化を感じた場合、高熱、けいれんなどの異常な症状があらわれた場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- 3) 注射した部分は清潔に保つようにしてください。接種当日の入浴は問題ありませんが、注射した部分をこすらないようにしてください。また、接種後に体調が悪いときは無理をせず、入浴は控えるなど、様子を見るようにしてください。
- 4) 通常の生活は問題ありませんが、接種当日は激しい運動や過度の飲酒は避けましょう。

あなたの接種予定日	医療機関名
<p>月 日 ( ) です。</p> <p>当日は受付に 時 分頃 おこしく下さい。</p>	<p><b>津生協病院</b>  <b>三重県津市寿町16-24 ※受付は2F</b>  <b>TEL.059-225-2848</b></p>



## 新型コロナワクチン(ダイチロ筋注)接種 予診票

\*接種希望の方へ：太ワク内にご記入ください。

診察前の体温 度 分

住 所	〒		TEL ( )	-	度	分
フリガナ		男・女				
受ける人の氏名		生年月日	年	月	日	生
(保護者の氏名)			(	歳	か月)	

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説明文書を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
これまでに新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。	はい (前回の接種日 年 月 日)	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に( )	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療・投薬(血液をサラサラにする薬など)を受けていますか。 ・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いわれましたか。	はい (病名 ) はい(薬剤名 )・いいえ はい ・ いいえ	いいえ	
これまでに特別な病気(心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、血が止まりにくい病気、免疫不全、発育障害、毛細血管漏出症候群)やその他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。	はい (病名 )	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい (病名 )	いいえ	
これまでにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい ( 回くらい) (最後は 年 月頃)	いいえ	
これまでに薬や食品で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。	はい (薬、食品名 )	いいえ	
近親者の中で先天性免疫不全症と診断された方はいますか。	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて、具合が悪くなったことがありますか。	はい(予防接種名 ) (症状 )	いいえ	
(女性の方に) 現在妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか。または授乳していますか。	はい	いいえ	
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問がありますか。	はい 具体的に( )	いいえ	

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)。本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応およ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た。また、本剤の接種対象者が12歳以上であることを確認した。

医師の署名または記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性などについて理解した上で、接種することを ( 希望します ・ 希望しません )。

本人の署名(もしくは保護者の署名)

(被接種者が自署できない場合、代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載ください。被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人または成年後見人が自署してください。)

代筆者の場合：続柄 \_\_\_\_\_

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
名 称：ダイチロ筋注 メーカー名：第一三共株式会社 製造番号：	筋肉内接種 左 ・ 右 0.6mL	医療機関名： 医 師 名： 接 種 日 時： 年 月 日 時 分

記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。