

## インフルエンザ予防接種問診票

※ 太枠線内をご記入下さい。回答欄にはどちらかに○印をつけて下さい。

|   |         |   |   |       |    |         |     |   |
|---|---------|---|---|-------|----|---------|-----|---|
| 接種日時令和  | 年       | 月 | 日 | 時     | 分  | 診察前の体温  | 度   | 分 |
| 会社名   | 所属名     |   |   | 保険証番号 |    | —       |     |   |
| フリガナ  | 受ける人の氏名 |   |   |       | 男女 | 生年月日    |     |   |
|   |         |   |   |       |    | 昭和      | 年   | 月 |
|   |         |   |   |       | 平成 | 年       | 月   | 日 |
|   |         |   |   |       |    | TEL ( ) | —   |   |
| 予防接種における個人情報の取り扱いについて説明文(裏面)を読み同意します。(右記同意欄に○印を記入下さい) |         |   |   |       |    |         | 同意欄 |   |

| 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(裏面)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)<br>薬をのんでいますか(いる・いない)                   | いいえ |       |
| 5, 最近1カ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<br>(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)をおこしたことがありますか。                                     | ある          回ぐらい<br>最後は          年月ごろ         | ない  |       |
| 10, 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発しんやじんましんが出たり、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カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、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カ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、乳幼児健診などで、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  |       |

|  |
|--|
| 医師記入欄  |
| <p>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    ・ 見合わせたか良い    )と判断します。<br/>         本人に対して、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。</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">医師署名<br/>_____</p> |

|   |
|---|
| 本人記入欄   |
| <p>医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、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に同意します。</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">本人署名<br/>_____</p> |

|         |  |         |  |
|---------|--|---------|--|
| 使用ワクチン名 | インフルエンザ HA ワクチン(用法/接種量 皮下接種 0.5ml)   | Lot, No |  |
| メーカー名   | <input type="checkbox"/> デンカ生研株式会社 <input type="checkbox"/> 阪大微生物病研究会<br><input type="checkbox"/> 第一三共株式会社 <input type="checkbox"/> KM バイオロジクス株式会社 |         |  |

一般財団法人 日本健康管理協会 新宿健診プラザ

〒160-0021 東京都新宿区歌舞伎町 2-3-18 TEL03-3207-1111 FAX 03-3204-5018

## インフルエンザワクチンの接種について

インフルエンザの予防接種を実施するに当たって、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。そのため、表面の間診票に出来るだけ詳しくご記入下さい。

### 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を予防することが期待できます。

一方、副反応は一般的に軽微です。注射部位の症状(赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなる、しびれる)、全身症状(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)は通常2～3日で消失します。過敏性として、発しん、じんましん、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下さい。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、アナフィラキシー様症状(じんましん、呼吸困難など)、(2)急性散在性脳脊髄炎(ADEM)(接種後数日から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)ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)、(4)けいれん(熱性けいれんを含む)、(5)肝機能障害、黄疸、(6)喘息発作、(7)血小板減少性紫斑病、血小板減少、(8)血管炎(アレルギー性紫斑病、アレルギー性肉芽腫性血管炎、白血球破碎性血管炎等)、(9)間質性肺炎、(10)脳炎・脳症、脊髄炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson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下さい。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。

### 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お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、接種前に医師にその旨を伝えて判断を仰いで下さい。
- 4.妊娠の可能性のある人。
- 5.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、じんましん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.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.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。
- 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下さい。

### 予防接種における個人情報の取扱いに係る通知及び同意

予防接種の実施にあたり、予防接種希望者から個人情報を取得する際の取扱いは次のとおりです。

- 1.個人情報の取得と利用について  
予防接種の実施にあたり、予防接種希望者から氏名、住所、過去の予防接種状況、現在の健康や妊娠の状況などを問診票に記入いただきます。記入いただいた個人情報は、予防接種による医療事故防止の目的で利用いたします。  
当協会が、予防接種希望者の同意を得ることなく、予防接種事故防止以外の目的で個人情報を利用することはありません。
- 2.第三者提供と委託について  
予防接種希望者から記入いただく個人情報は、法令等の定めにより個人情報の開示が求められた場合を除き、第三者に提供いたしません。また、個人情報の取扱いを外部に委託しません。
- 3.個人情報の提供の任意性等について  
予防接種希望者は、当協会が求める個人情報の提供を断ることができます。この場合、予防接種による医療事故防止の判断が出来ないため予防接種をお断りすることになります。
- 4.個人情報の開示・訂正等のお問い合わせ  
提供いただく個人情報の利用目的の通知、及び開示、訂正、追加、削除、利用または提供の拒否につきましては、表面当協会連絡先へご連絡ください。
- 5.問合せ担当  
当協会個人情報保護管理者。

※ ※ ※ ※ ※ 本通知及び同意書を-読の上同意いただける場合は表面の同意欄へ○印を記入下さい ※ ※ ※ ※ ※