

インフルエンザ予防接種 予診票

裏面の説明書を読み、予防接種の効果や副反応などを理解した上で接種を希望しますか。

希望します 希望しません

※ 接種希望の方は、下の太ワク内に記入して下さい。

		本日の体温	3	度	分
フリガナ		男・女			
氏名					
住所					
生年月日	昭和・平成・西暦	年	月	日	(満 歳)

質問事項	回答欄		医師記入欄
きき腕はどちらですか。	左	右	
アルコール消毒でかぶれますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 症状()	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名()	はい	いいえ	
薬や食品でアレルギーがありますか。 薬名・食品名()	はい	いいえ	
インフルエンザの予防接種で具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
今までにけいれんを起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
新型コロナウイルスの予防接種を2週以内に受けましたか。 または、これから2週以内に受ける予定がありますか。 接種日(1回目 月 日、2回目 月 日)	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

診察医師兼接種医師 記入欄
以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は <input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる。 (見合わせた理由:) 医師署名または記名押印 実施場所 医療法人平成会 小島病院 接種年月日 令和・西暦 年 月 日

使用ワクチン	接種量
ワクチン名 インフルエンザ HA ワクチン Lot No.	0.5mL

医療法人平成会 小島病院

インフルエンザワクチンについての説明

【ワクチンの効果】

- ・ ワクチンを接種しても感染を完全に予防することはできません。
- ・ ただし、発病や重症化を減らす効果があります。
- ・ ワクチン接種後も感染予防(手洗い・マスク着用・3密回避など)をこころがけて下さい。

【ワクチンの副反応】

- ・ 接種した部位の赤み・はれ・痛みは多く見られますが、通常は2～3日でおさまります。
- ・ まれに、アナフィラキシー(重いアレルギー症状:全身の発疹・かゆみ、呼吸困難、血圧低下、失神、腹痛、下痢など)やショック(全身状態の悪化)などが起きることがあります。
- ・ 他にもまれな重い副反応の報告もあります。詳しくは厚生労働省のインフルエンザQ&Aなどをご覧ください。
- ・ ワクチン接種によって著しい健康被害が生じた場合、医薬品副作用被害救済制度の対象となる可能性があります。詳しくは独立行政法人 医薬品医療機器総合機構に問い合わせして下さい。
- ・ ワクチンに感染性はないため、接種が原因でインフルエンザを発症することはありません。

【ワクチンを受けることができない人】

- ・ 発熱がある人(37.5℃以上)
- ・ 明らかに体の具合が悪い人(もともとの持病なら応相談)
- ・ インフルエンザワクチンでアナフィラキシーを起こした人
- ・ 前後2週以内に新型コロナウイルスの予防接種を受けた人

※ そのほか気になることがあれば診察時に医師と相談して下さい。

【ワクチン接種後の注意】

- ・ 接種後 15～30 分間は急な副反応が起きることがあります。
できるだけ安静にして、体調不良があればすぐにスタッフに伝えて下さい。
- ・ 激しい運動や大量の飲酒は控えて下さい。
- ・ 体調が良ければ入浴してもよいですが、強くこすらないで下さい。
- ・ 接種後に体調不良が続くようなら医療機関を受診して下さい。