インフルエンザ予防接種予診票(東振協)

受診番号	
受診日	

インフルエンザ予防接種の効果や副反応に対する説明を理解し同意した上で
インフルエンザHAワクチンの接種を希望し、下記に必要事項を記入します。
※ご記入の前に裏面の内容を必ずご確認下さい。

法人名			
所　属			
保険証番号	記号　　—　番号	未加入	健保未加入の方は○を記入 は○を記入
フリガナ 氏　名 【自署】	※氏名の自署で個人情報取扱に関する同意とします	性　別	男　女
生年月日	年　　月　　日生	年　齢	

TEL　　(　　)

※体温は当日、会場で測定します

体温	度　　分

＊接種希望の方へ：太ワク内を黒ボールペン自筆でご記入下さい。

	質問事項	回答欄			医師記入欄
1	本日受ける予防接種について 説明文(裏文)を読んで理解しましたか？	はい	いいえ		
2	昨年(2021年)はインフルエンザの予防接種をうけましたか？	はい	いいえ		
3	本日体に具合の悪いところがありますか？	いいえ	はい	具体的に (　　)	
4	現在、何かの病気で通院をしていますか？	いいえ	はい	病名 (　　)	
5	現在、何かの病気で薬を飲んでいますか？	いいえ	はい	薬の名前 (　　)	
6	1カ月以内に病気にかかりましたか？	いいえ	はい	病名 (　　)	
7	1カ月以内に家族や周囲に風疹・水ぼうそう・おたふくかぜ などにかかった方がいますか？	いいえ	はい	病名 (　　)	
8	1カ月以内に予防接種を受けましたか？	いいえ	はい	予防接種名 (　　)	
9	今までに、心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患・免疫不全症・ 喘息・その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか？	いいえ	はい	病名 (　　)	
10	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？	いいえ	はい	最後に起こしたのは (　　)年前	
11	今までに薬や食品(鶏肉・鶏卵など)で皮膚に発疹や蕁麻疹が 出たり、体の具合が悪くなったことがありますか？	いいえ	はい	薬・食品の名前 (　　)	
12	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？	いいえ	はい	予防接種名 (　　)	
13	近親者に 先天性免疫不全と診断された方がいますか？	いいえ	はい	続柄 (　　)	
14	家族(血縁者)に 予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか？	いいえ	はい	続柄 (　　)	
15	本日の予防接種について医師に質問がありますか？	いいえ	はい	具体的に (　　)	
16	(女性の方に) 現在、妊娠あるいはしている可能性はありますか？	いいえ	はい		
	(上記の質問が、はいの方に) インフルエンザの予防接種を受けることを主治医に確認しましたか？	はい	いいえ		

医師記入欄：以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は（　可能　・　見合わせる　）

医師の署名

使用ワクチン名	用法・用量	Lot. No.
インフルエンザHAワクチン	皮下・0.5ml	

医療法人財団　綜友会
〒169-0051　東京都新宿区西早稲田2-20-15

インフルエンザワクチンの接種について　2022年度

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、表面の予診票に出来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、インフルエンザ発症を予防したり、たとえ発症しても症状を軽くすることができます。そのため、インフルエンザによる重症化や死亡を予防する効果が期待されます。
副反応としては、まれにワクチンの接種直後から数日中に、発疹、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫などがあらわれることがあります。
全身症状として、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、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、咳嗽、動悸、筋力低下など、また局所症状として接種部位に発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感、小水疱などが認められることがありますが、いずれも通常2～3日で消失します。蜂巣炎（細菌による化膿性炎症）、顔面神経麻痺などの麻痺、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、ぶどう膜炎があらわれることがあります。非常にまれですが、次のような重大な副反応がみられることがあります。（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(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(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。なお、副反応による健康障害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人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。

［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℃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適当と判断した人

［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. カゼなどのひきはじめと思われる人
3. 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
4. 薬の投与又は食事で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことのある人
5. 今までにけいれんを起こしたことがある人
6. 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
7. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
8. 卵アレルギー（鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のもの）のある人（既往も含む）
9. 妊娠している人、妊娠の可能性のある人

［ワクチン接種後の注意］

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。
   会場内(会場と同じ建物内)にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐに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る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でた場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

予防接種の個人情報取扱についてのご説明　PP-050-Ver1.2

医療法人財団 綜友会（以下、当法人という）では、予防接種を受けられる皆様の個人情報を、当法人の掲げる個人情報保護方針・関連規定類、法令に基づいた適正な取り扱い、管理及び保護に努めます。下記内容をご理解いただき、個人情報の提供及び利用に同意くださるようお願いいたします。

1. 個人情報の利用目的は予防接種の実施です
2. 第三者提供と委託はいたしません
3. 個人情報について、法令の範囲内でご本人による開示請求・訂正・削除・利用停止などを求めることが出来ます。
   下記の問合せ窓口までご相談ください。
4. 個人情報を提供することは任意ですが、提供頂けない場合、適切な医療サービスに支障が出る場合がございます。

問い合わせ窓口：医療法人財団 綜友会　個人情報管理責任者