

※体温はスタッフが計測し記入いたします

体温： \_\_\_\_\_ 度 \_\_\_\_\_ 分

◎裏面の内容をご確認の上、**太枠内すべて**記入をお願いいたします。

住所	〒 ( _____ )		TEL	_____	
氏名	フリガナ ( _____ ) (性別 男 / 女)		生年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳 _____ ヶ月)	
会社名	保険証*2 情報	健康保険組合 名称	記号	番号	

\*1 氏名欄は、**保険証に記載されている氏名**をご記入ください。 / \*2 保険証情報欄(健康保険組合名称・記号・番号)は、**保険証を見ながら**正しくご記入ください。

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の説明文(裏面)を読んで理解しましたか。	はい / いいえ	
2 今日受けるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか。	1回目 / 2回目	
3 現在、何かの病気で医療機関にかかっていますか。	はい / いいえ 「はい」の場合(病名: _____)	
↳ 治療(投薬など)を受けていますか。	はい / いいえ	
4 特別な病気(先天性異常、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、医師の診察を受けたことはありますか。	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よいと言われましたか。	はい / いいえ	
5 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	
6 今日、体に具合の悪いところはありますか。	はい / いいえ 「はい」の場合(症状: _____)	
7 最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい / いいえ 「はい」の場合(病名: _____)	
8 最近1ヶ月以内に家族や周囲でインフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜ等にかかった方はいますか。	はい / いいえ 「はい」の場合(病名: _____)	
9 新型コロナワクチンの接種を受けましたか。 * 接種済の方は <b>接種日</b> を、これから接種の方は <b>接種予定日</b> をご記入ください	接種済 / 接種予定 / 接種未定 ◆1回目( _____ 月 _____ 日) / 2回目( _____ 月 _____ 日)	
10 最近1ヶ月以内に、[質問9]以外の予防接種を受けましたか。	はい / いいえ 「はい」の場合(種類: _____)	
11 間質性肺炎・気管支喘息等の呼吸器疾患と診断されたことはありますか。	はい / いいえ 「はい」の場合(治療中 / 治療していない)	
12 インフルエンザの予防接種を受けたことはありますか。	はい / いいえ	
13 予防接種(各種)を受けて、具合が悪くなったことはありますか。	はい / いいえ 「はい」の場合(種類: _____)	
14 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹やじんましんがでたり、具合が悪くなったことはありますか。	はい / いいえ 「はい」の場合(薬・食品: _____)	
15 けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい / いいえ 「はい」の場合(時期: _____ 年 _____ 月頃)	
16 近親者の中に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	はい / いいえ	
17 (女性の方のみ)現在妊娠している、または妊娠の可能性はありますか。	はい / いいえ	
18 アルコール消毒で皮膚の炎症反応(かぶれ、赤み等)が出現したことはありますか。	はい / いいえ	
19 今日の予防接種について質問等があればご記入ください。	内容: ( _____ )	

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、副反応の可能性などについて理解した上で  
ワクチンの接種を ( **希望します** / **希望しません** )

<本人自署> \_\_\_\_\_

※個人情報の取扱いについて : ご記入いただきました個人情報は、ワクチン接種に関する予診のみに使用します 同意する 同意しない

----- 以下は医療機関で記入いたします -----

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 ( **可能** / **見合わせる** )

本人に対して予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性および副反応ならびに予防接種健康被害救済制度について説明をした。

<医師署名または記名捺印> \_\_\_\_\_

ワクチンメーカー名・ロット番号	接種量	接種医療機関・接種日時	会計・健保補助有無
メーカー:		医療法人社団進興会 せんだい総合健診クリニック	利用券: 無 / 有 / 保コピー
ロット番号:	m L	_____ 年 _____ 月 _____ 日	窓口支払: _____ 円

## インフルエンザワクチンの予防接種を受けられる方へ

### ワクチンの効果と副反応

ワクチンの接種により、インフルエンザの発症を予防したり、たとえ発症しても症状が軽く済みます。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、湿疹、多形紅斑、紅斑、かゆみ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、筋力低下、咳嗽、動悸など、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、小水泡、などがみとめられることがあります。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、振せん、ぶどう膜炎があらわれることがあります。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、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、白血球破砕性血管炎など）
- (9) 間質性肺炎
- (10) 脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎
- (11) 皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson症候群）
- (12) ネフローゼ症候群

上記の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、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方

- (1) 明らかに発熱のある方（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方
- (3) 過去にインフルエンザワクチンに含まれる成分でアナフィラキシーを起こしたことがある方  
※他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある方は、接種前に医師にその旨を伝え、医師の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方
- (5) 15歳以下の方 …当クリニックでは接種を実施していません。かかりつけの医療機関にご相談ください。
- (6) 2週間以内に新型コロナワクチンの接種を受けた方、または受ける予定のある方

### 予防接種を受ける際に医師とよく相談しなくてはならない方

- (1) 発育が遅く、医師の指導を継続して受けている方
- (2) カゼなどのひきはじめと思われる方
- (3) 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気等の基礎疾患がある方
- (4) 前回の予防接種を受けた際に、2日以内に発熱、発疹、じんましん等のアレルギーを疑う症状が見られた方
- (5) 今までにけいれんを起こしたことのある方
- (6) 過去に免疫不全と診断されたことがある方および近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- (7) 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器疾患のある方
- (8) 薬の投与または食事（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある方
- (9) 妊娠中および妊娠している可能性のある方 …かかりつけの産婦人科医または医療機関にご相談ください。

### 予防接種を受けたあとの注意

- (1) 接種後30分間は様子を観察し、アレルギー反応等があれば医療機関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。ただし、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- (4) 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。

### 個人情報取り扱いに関するお問い合わせ

個人情報保護管理者 川向 由紀

- ▼個人情報相談窓口
- ▼個人情報に関するお問い合わせ先

<E-mail> kojinfo@shinkokai.jp  
<TEL> 03-5408-8181  
<FAX> 03-5408-8177



SHINKOKAI 医療法人社団連興会

せんだい総合健診クリニック