

▼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、太枠内すべてを **ボールペン** でご記入ください。

住 所	〒 ()		TEL	()	
氏 名	*1 カナ ()	生年 月 日	西暦	年 月 日 (歳 ヶ月)	
会社名		保険証 情 報	*2 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。	いいえ	はい	
2	今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 症状 ()	いいえ	
3	現在、何かの病気で医療機関にかかっていますか。	はい 病名 ()	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。	いいえ	はい	
4	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 病名 ()	いいえ	
5	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 (治療中 ・ 未治療)	いいえ	
6	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 症状 ()	いいえ	
7	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 病名 ()	いいえ	
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 病名 ()	いいえ	
9	最近1ヶ月以内に、予防接種を受けましたか。	はい 種類 () 接種日 (月 日)	いいえ	
10	インフルエンザの予防接種を受けたことはありますか。	いいえ	はい	
11	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 種類 () 症状 ()	いいえ	
12	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 薬 食品 ()	いいえ	
13	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 (年 月頃)	いいえ	
14	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	
15	(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	
16	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。			

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、重篤な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> ☐同意する ☐同意しない

※記載いただきました個人情報は、裏面に記載のある利用目的にのみ使用します。目的以外の使用はいたしませんので、同意の上お申込みください。

----- 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：		医療法人社団連興会 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、じんましん、湿疹、多形紅斑、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、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、小水疱などが認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) 急性散在性脳脊髄炎（接種後数日から2週間以内 ※まれに28日以内）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（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）
- (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）、急性汎発性発疹性膿疱症
- (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適当と判断した方
- (5) 15歳未満の方
- (6) 2週間以内に各種予防接種（新型コロナワクチンを除く）を受けた方、または受ける予定のある方

▼(5)(6)について …当クリニックでは接種を実施しておりません。かかりつけの医療機関にご相談ください。

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。

インフルエンザHAワクチンの任意の接種については、ワクチンを適正に使用したにもかかわらず、その副反応により入院治療が必要になるほど重篤な健康被害が生じた場合は、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、救済手続きを行う制度があります。詳しくはホームページ等をご覧ください。 救済制度相談窓口：Tel 0120-149-931（フリーダイヤル）

個人情報利用目的

- (1) インフルエンザワクチン接種のための診察および実施
- (2) インフルエンザワクチン接種実施の報告（健康保険組合・事業主・受診者本人）
- (3) インフルエンザワクチン接種料金の請求（健康保険組合・事業主・受診者本人）
- (4) 関係官庁への統計情報提供および医師が副反応を診断した場合の報告

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：中島 千枝
- 個人情報相談窓口：E-mail kojinjoho-info@shinkokai.jp
- 個人情報に関するお問い合わせ先：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