

インフルエンザ予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太字内をご記入ください。

診察前の体温 _____ 度 _____ 分

住 所	TEL (_____) _____		
フリガナ	男	生年	明治・大正・昭和・平成
予防接種を受ける人の氏名	・	月日	年 月 日
(保護者の氏名)	女		(歳 力月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
2. 今日受けられ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. 【予防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	ある(具体的に)	ない	
4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある(具体的に)	ない	
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい(病名)	いいえ	
6. 最近1カ月以内に何か病気がかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
7. 最近1カ月以内に近親者や周囲に麻疹、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	
8. 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	
9. インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
①前回受けたのは(年 月頃) ②その際に具合が悪くなったことはありますか ③インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことが ありますか	ある(症状: ある(予防接種名: (症状:	ない ない	
10. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、 悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか ("ある"の場合) その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種 を受けて良いといわれましたか	ある(具体的に)	ない	
11. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか ("ある"の場合) ひきつけ(けいれん)を起こしたとき、熱は出ましたか	ある (ごろ 回くらい) (最後は 年 月ごろ)	ない	
12. 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断された ことがありますか	ある(年 月ごろ) (現在治療中・治療していない)	ない	
13. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹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、食品名)	ない	
14. 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	いる(予防接種名)	いない	
15. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる	いない	
16. 【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
17. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的に記入ください(投薬状況など)			

医師の記入欄: 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に
基づく救済について、説明した
医師の署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、
接種を希望しますか。(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

本人の署名(もしくは保護者の署名)

使用ワクチン名・メーカー名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
使用したワクチンにチェックを入れてください。 インフルエンザHAワクチン □「ビケンHA」 Lot No.	(皮下接種) □ 0.25mL (6カ月以上3歳未満) □ 0.5mL (3歳以上)	実施場所 医師名 接種日時 平成 年 月 日 時 分
一般財団法人 阪大微生物病研究会 (販売: 田辺三菱製薬株式会社)		

インフルエンザワクチンの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すみます。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、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。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、意識障害など)、(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(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)、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、(12)ネフローゼ症候群。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人〉

- ① 明らかに発熱のある人(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人
- 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人(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人は、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、判断を仰いでください)
- ④ その他、お医者さんが予防接種を受けることが不適当と判断した人

〈予防接種を受ける際に、お医者さんとよく相談しなくてはならない人〉

- ① 発育が遅く、お医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
- ② カゼなどのひきはじめと思われる人
- ③ 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
- ④ 前回の予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた人
- ⑤ 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑥ 過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- 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 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人
- ⑨ 妊娠の可能性のある人

〈予防接種を受けたあとの注意〉

- ① 接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんとすぐに連絡を取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。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ④ 高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さんの診察を受けてください。

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日()です 当日は受付に 時 分頃おこしてください	

インフルエンザ予防接種のお知らせ

～高齢者の方の接種費用一部助成について～

インフルエンザは毎年12月～2月にかけて流行し、肺炎や気管支炎等の合併症を引き起こして重症化することがあります。インフルエンザが流行する前に予防接種を受けることで、重症化や合併症の発生を予防し、インフルエンザによる死亡を1/5に、入院を約1/3～1/2にまで減少することが期待できるとされています。

【インフルエンザワクチンについて】

インフルエンザワクチン製造株は、平成27年度より3価ワクチン（A型2種類、B型1種類）から、4価ワクチン（A型2種類、B型2種類）に変更され、近年流行しているインフルエンザに対応した内容に充実されています。



接種時期：10月1日～翌年の1月末まで

接種対象者：○満65歳以上の市民の方

○満60歳～65歳未満の方のうち心臓・腎臓・呼吸器・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に自己の日常生活が極度に制限される程度の障がい（身体障がい者手帳1級相当）を有する市民の方

接種費用：1,500円

※生活保護受給者および市民税非課税世帯の方は接種当日に確認できる書類をご持参いただくと自己負担が免除になります。[確認書類(例)：保護決定通知書、生活保護適用証明書、介護保険料決定通知書(保険料段階が1～4段階に限る)など]

※介護保険料決定通知書を紛失された方につきましては、再発行はできませんので、裏面の問い合わせ先までご連絡ください。

助成回数：1回 ※一般的には1シーズンに1回の接種で効果があります。

1 予防接種を受ける前に

予防接種は体調のよいときに受けてください。現在、病気などで治療中の方、または今までに免疫状態の異常を指摘されたことのある方、その他気になることやわからないことがあれば主治医に相談してください。

【予防接種を受けることができない方】

- 発熱（一般的には37.5℃以上）のある人
- 急性疾患にかかっている人
- インフルエンザワクチンに含まれる成分によって、アナフィラキシー（接種後約30分以内におこる強いアレルギー反応やショック状態になること）を起こしたことがある人
- その他、医師が不適当と判断した場合



2 予防接種の受け方

接種予約：インフルエンザ実施医療機関一覧表に記載されている医療機関へ電話などで申し込みます。

接種当日：(1) 医療機関で予診票および実施申込書に必要事項を記入します。

(2) 体温を測定し、医師が診察により接種できるかどうかの判定を行います。

(3) 判定の結果、本人にサインをいただいてから接種します。

3 予防接種の副反応

予防接種の接種部位が赤みを帯びたり、腫れたり、痛むことがあります。また、熱が出たり、寒気がしたり、頭痛や全身のだるさなどがみられることもありますが、通常2～3日のうちに治ります。非常にまれですが、ショックやじんましん、呼吸困難などが現れることがあります。

4 予防接種を受けた後の注意 ※予診票の副票は大切に保管してください。

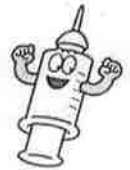
(1) 予防接種を受けたあとに急な副反応が起こることがあるので、接種後その場で様子を見て、30分たってから医療機関を出るようにしましょう。

(2) 副反応の多くは1週間以内に出現しますので、特にこの間は体調の変化に注意しましょう。

(3) 注射部位の腫れ、高熱、嘔吐、けいれん(ひきつけ)、その他変わったことがあるときは、すみやかに医師の診断を受け、保健福祉センターに連絡してください。

(4) 入浴はさしつかえありませんが注射部位をこするのはやめましょう。

(5) 接種当日は体調の変化に気を配り、激しい運動や大量の飲酒は控えましょう。



5 他のワクチンとの接種間隔および同時接種

インフルエンザワクチン接種後に他のワクチンを接種する場合は、6日以上の間隔を置いてから接種してください。また、他のワクチンと同時接種を希望する場合は医師と相談してください。

【各区保健福祉センター問い合わせ先】

保健福祉センター	電話番号	保健福祉センター	電話番号	保健福祉センター	電話番号
北区	6313-9882	天王寺区	6774-9882	城東区	6930-9882
都島区	6882-9882	浪速区	6647-9882	鶴見区	6915-9882
福島区	6464-9882	西淀川区	6478-9882	阿倍野区	6622-9882
此花区	6466-9882	淀川区	6308-9882	住之江区	6682-9882
中央区	6267-9882	東淀川区	4809-9882	住吉区	6694-9882
西区	6532-9882	東成区	6977-9882	東住吉区	4399-9882
港区	6576-9882	生野区	6715-9882	平野区	4302-9882
大正区	4394-9882	旭区	6957-9882	西成区	6659-9882