インフルエンザ予防接種予診票

高齢者定期予防接種用

太枠の中のみご記入ください

住　所		ふりがな	
		氏　名	
生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日生　（満　　歳）	性　別	男　・　女

診察前の体温	度　　分

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について福岡市から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	いいえ	はい	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名（　　）	はい	いいえ	
治療（投薬など）を受けていますか。	はい	いいえ	
その病気の主治医には、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	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。（　　）	はい	いいえ	
薬や食品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。	はい	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	いいえ	はい	
①その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
②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はありますか。	はい	いいえ	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（　　）	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名（　　）	はい	いいえ	
その病気をみてもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ	はい	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名（　　）	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	

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、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 医師署名又は記名押印

インフルエンザ予防接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。）

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性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　）

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解の上、本予診票が福岡市に提出されることに同意します。

＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

被接種者の署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　※代筆者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄 ＿＿＿

（※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載）

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No.	0.5 ml	実施場所　福岡市博多区博多駅前2丁目20-1 大博多ビル1階 山下司内科クリニック 医師名　山下　司 接種年月日　　年　　月　　日

（高齢者用）

インフルエンザ予防接種を受けられる前によくお読みください。
＝＝　福岡市　＝＝

一般的注意

※インフルエンザ予防接種は、接種を受ける法律上の義務はないため、有効性や 副反応などについてよく理解された上で、自らの意思で接種を希望される方のみに接種を行います。

※予防接種の安全性の確保と、接種後の副反応被害を回避するため 健康状態や体質などをきちんと医師に伝えましょう。

気にかかることや分からないないことがあれば、予防接種を受ける前に担当の医師や保健福祉センター（保健所）にお尋ねください。

インフルエンザ予防接種の有効性

インフルエンザ予防接種の有効性は世界的にも認められ、高齢者の発病防止や特に重症化防止に有効であることが確認されています。

なお、予防接種を受けてからインフルエンザに対する抵抗力がつくまでに２週間程度かかり、その効果が十分に持続する期間は約５か月間とされています。より効率的に有効性を高めるためには、毎年インフルエンザが流行する前の１２月中旬までに１回接種を受けておくことが必要です。

予防接種を受ける前に

予診票は接種をする医師にとって、予防接種の可否を決める大切な情報です。基本的には、接種を受けるご本人が責任をもって記入し、正しい情報を接種医に伝えてください。

（１）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
　一般的に、体温が 37.5℃以上の場合を指します。

②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
　急性の病気で薬を飲む必要のあるような人は、その後の病気の変化がわからなくなる可能性もあるので、その日は見合わせるのが原則です。

③今までインフルエンザ予防接種によって、アナフィラキシーを起こしたことが明らかな人
　「アナフィラキシー」というのは通常接種後薬 30 分以内に起こるひどいアレルギー反応のことです。発汗、顔が急にはれる、全身にひどいじんましんが出る、吐き気、嘔吐（おうと）、声が出にくい、息が苦しいなどの症状に続き、血圧が下がっていく激しい全身反応です。

④前にインフルエンザの予防接種を受けたとき、接種後２日以内に発熱のみられた人

⑤前にインフルエンザの予防接種を受けたとき、接種後２日以内に全身性発疹（ほっしん）等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある人

⑥過去に免疫不全の診断がなされている人

⑦その他、医師が不適当な状態と判断した場合

（２）予防接種を受けるに際し、担当医師とよく相談しなくてはならない人

①心臓、じん臓及び呼吸器の機能に障害を有する人

②ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に障害を有する人

その他

（１）副反応が起こった場合

予防接種の注射の跡が、赤みを帯びたり、はれたり、痛んだりすることがあります。また、わずかながら熱が出たり、寒気がしたり、頭痛、全身のだるさなどが見られることもありますが、通常これらは２～３日のうちに治ります。その他に、強い副反応として接種後数日から２週間以内に発熱、頭痛、けいれん、運動障がい、意識障がいの症状が現れるな等の報告があります。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もあります。また、予防接種と同時に、他の病気がたまたま重なって現れることがあります。

予防接種を受けた後、このような接種した部位の異常な反応や、体調の変化などが現れたら、速やかに医師（医療機関）の診察を受けてください。

そのほか、分からないときはお住まいの区の保健福祉センター（保健所）にお尋ねください。

（２）予防接種による健康被害の救済措置

予防接種を受けた人が、疾病にかかり、障害の状態となり、又は死亡した場合において、当該疾病、障がい又は死亡が当該予防接種を受けたことによるものであると厚生労働大臣が認定したときは、救済が行われます。