

学生インフルエンザ予防接種予診票

*事前に裏面の”インフルエンザワクチンの接種について”を読み、予診票の太枠内を記入してください。

*治療中の疾患がある方や妊娠中の方は事前に主治医の許可を得てください。

大分大学保健管理センター 挟間健康相談室

学科	学年	学籍番号	被接種者氏名	生年月日
医・看・先 看修・博士	年		フリガナ	西暦
			男 女	年 月 日 (才)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 本日の体温は何度でしたか	度 分		
2. 今日受ける予防接種についての説明文を読みましたか	はい	いいえ	
3. (女性の方に)現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
妊娠中の方は主治医の許可をもらっていますか	はい	いいえ	
4. 今日、からだに具合の悪いところがありますか 【症状】	はい	いいえ	
5. 最近 1ヶ月以内に病気にかかりましたか 【病名】	はい	いいえ	
6. 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 【予防接種名 いつ】	はい	いいえ	
7. 糖尿病、慢性呼吸器疾患、高血圧、心臓病、腎臓病、その他の病気で医師の診察を受けていますか【病名】	はい	いいえ	
8. 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もよいと言われましたか	はい	いいえ	
9. 薬や食品で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
10. 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 【予防接種名 いつ頃】	はい	いいえ	
11. 1ヶ月以内に家族や周囲ではしか、風しん、みずぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか【病名】	はい	いいえ	
12. 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

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)

予防接種の効果、副反応、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。

医師サインまたは記名押印 _____

予防接種の効果や目的、副反応の可能性、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済などについて

理解した上で、医師の診察・説明をきいて接種を希望しますか (接種を希望します ・ 希望しません)

本人サイン _____

使用ワクチン	用法・用量	大分大学保健管理センター 挟間健康相談室
	皮下注射 ・ 0.5ml	医師名： 高野 正幸 実施日：

ーインフルエンザワクチンの接種についてー

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、裏面の予診票に出来るだけ詳しくご記入下さい。なお、原則として接種される方の接種希望確認ができない場合は接種できませんので予めご了承ください。

■ ワクチンの効果と副反応

予防接種により、インフルエンザ感染を予防したり、症状を軽くすることができます。また、インフルエンザによる合併症や死亡を予防することが期待されます。

一方、副反応は一般的に軽微です。注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなる、しびれることがあります。通常は2～3日で消失します。発熱、悪寒、頭痛、倦怠感^{けんたいかん}、一過性の意識消失、めまい、リンパ節腫脹、嘔吐・吐気、下痢、関節痛、筋肉痛なども起こることがありますが、通常は2～3日で消失します。過敏症として、発疹、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみなどもまれに起こります。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、次のような副反応が起こることがあります。

(1)ショック、アナフィラキシー様症状(蕁麻疹、呼吸困難など)、(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)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、白血球破碎性血管炎など)、(9)間質性肺炎、(10)脳炎・脳症、脊髄炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(スティーブンス・ジョンソン症候群)、(12)ネフローゼ症候群。このような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下さい。なお、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又は家族が、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となります。

■ 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℃を超える人)
2. 重篤な急性疾患に罹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相当をと判断した人

■ 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. 先天性の疾患がある人
3. カゼなどのひきはじめと思われる人
4. 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
5. 薬の投与又は食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある人
6. 今までにけいれんを起こしたことがある人
7. 過去に本人や近親者で検査によって免疫異常を指摘されたことがある人
8. 妊娠の可能性のある人
9. 気管支喘息のある人

■ 予防接種を受けた後の注意

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。医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐ連絡が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。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。