

インフルエンザ予防接種(任意接種)予診票

太枠の中を全て埋めてください。

| | | | | | |
|--------------------------|--|--------|-------------|-----------|----------------|
| | | 診察前の体温 | | °C | |
| 受ける人の氏名 | | 女性・男性 | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 月 日 (満 歳) |
| 住所 | | | | | |
| 学生 | 学籍番号 | 研究室 | 教職員・研究員 | 所属 | |
| | | (内線:) | (Oをつけてください) | | (内線:) |
| メールアドレス | | | | 連絡のつく電話番号 | 0 - - |
| 未成年者の保護者の同意 (未成年の方のみ) | 上記の者が本インフルエンザワクチンの接種を受けることに同意します。 保護者氏名 (自署) (続柄:) | | | | |

| 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、裏面の『インフルエンザワクチンを受ける前に』を読み、予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。 | はい | いいえ | |
| 現在、何か病気にかかっていますか(病名()) | いいえ | はい | |
| 治療(投薬など)を受けていますか。(薬の名前: (はいの方のみ)) | いいえ | はい | |
| その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。 | はい | いいえ | |
| 免疫不全と診断されたことがありますか。 | いいえ | はい | |
| 今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。() | いいえ | はい | |
| 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。(上記以外) 病名() | いいえ | はい | |
| 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いわれましたか。 | はい | いいえ | |
| 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() | いいえ | はい | |
| 最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 病名() | いいえ | はい | |
| 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類() | いいえ | はい | |
| インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 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 | |
| いいえ | はい | | |
| ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。 | いいえ | はい | |
| 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。 薬・食品の詳細() | いいえ | はい | |
| そのときの症状() | | | |
| ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃 | いいえ | はい | |
| そのとき熱が出ましたか。 | いいえ | はい | |
| 今日のインフルエンザの予防接種について、何か質問はありますか。 | いいえ | はい | |
| (女性の方のみ) 現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。 | いいえ | はい | |
| 妊娠している場合、主治医に予防接種を受けることの詳細を聞いていますか。 | はい | いいえ | |

| |
|---|
| 被接種者の記入欄 上記問診の通り申し、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、本日のインフルエンザワクチンの接種を (希望します ・ 希望しません)。 平成 24 年 月 日 本人自署 |
|---|

| |
|--|
| 医師の記入欄 以上の問診等の診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)。 医師の署名又は記名押印 |
|--|

| | | |
|-----------------|------------|---------------------|
| ワクチンメーカー名、ロット番号 | 接種量 | 実施機関、医師名、接種年月日 |
| メーカー名 | 0.5 mL(皮下) | 実施機関 東京大学 保健・健康推進本部 |
| Lot No. | | 接種年月日 平成24年 月 日 医師名 |

インフルエンザワクチンの接種について

1. インフルエンザについて

インフルエンザはインフルエンザにかかっている人の咳やくしゃみの飛沫を介して感染します。流行しやすく、時に重症化することもあります。

2. ワクチンの効果と副反応

インフルエンザワクチンにより、インフルエンザにかかりにくくなったり、かかっても症状が軽くなると考えられています。

副反応の大半は軽微で、注射部位が赤くなる、腫れる、などがありますが通常は3～4日で消失します。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、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛なども起こることがありますが、これも通常は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下さい。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(じんましん、呼吸困難など)、(2) 急性散在性脳脊髄炎(ADEM)(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等)、(9) 間質性肺炎、(10) 脳炎・脳症、脊髄炎、(11) 皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson 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。

3. 予防接種を受けられない人

1. 37.5℃以上の発熱がある人。それ以下でも医師の判断で受けられないことがあります。
2. 急性の重い病気にかかっている人。
3. 過去にインフルエンザワクチンでアナフィラキシーを起こしたことがある人。
4. その他医師が適当では無いと判断した人。

4. インフルエンザワクチン接種について、持病のある人は主治医に意見を求めて下さい。受けない方がいいと言われた方は受けられません。

5. 予防接種を受けた後は、急な副反応が起こることがあります。息苦しさ、じんましん、咳など、体調の異常があればすぐに連絡して下さい。

接種当日の入浴は構いませんが、接種部位をこすらないようにして下さい。

副反応を疑う症状があるときには受診して下さい。

東京大学保健・健康推進本部

| | | | |
|------|---------------|-----------------|----------|
| 本郷地区 | 東京都文京区本郷7-3-1 | 電話 03-5841-2575 | 内線 22575 |
| 柏地区 | 千葉県柏市柏の葉5-1-5 | 電話 04-7136-3040 | 内線 63040 |