# ㊍ 1回目 2回目 インフルエンザ行政措置任意予防接種予診票（有料）

宝塚市

| | | | |
|---|---|---|---|
| 住民登録をしている住所 | 宝塚市 | 生年月日 | 年 月 日生<br>（満 歳 か月） |
| TEL（緊急連絡先） | （受ける人が18歳未満の場合は、保護者の緊急連絡先） | | |
| ふりがな<br>受ける人の氏名 | | 男・女 | |
| 保護者の氏名 | （受ける人が18歳未満の場合のみご記入ください。）<br>（続柄） | | |

| 診察前の体温 | 医師記入欄 |
|---|---|
| 度 分 | |

| 質問事項 | 回答欄 | | |
|---|---|---|---|
| 1 現在宝塚市に住民票がありますか | はい | いいえ | |
| 2 今日受ける予防接種について裏面の説明書を読み、理解しましたか | はい | いいえ | |
| 3 **7歳未満の方のみご記入ください**<br>あなたのお子さんの発育歴についておたずねします<br>出生体重（ ）g 分娩時に異常がありましたか<br>出生後に異常がありましたか<br>乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか | あった<br>あった<br>ある | なかった<br>なかった<br>ない | |
| 4 今日体に具合の悪いところがありますか<br>具体的な症状を書いてください（ ） | はい | いいえ | |
| 5 最近1か月以内に病気にかかりましたか<br>病名（ ） | はい | いいえ | |
| 6 1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、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（ ） | はい | いいえ | |
| 7 1か月以内に予防接種を受けましたか<br>予防接種の種類（ ） | はい | いいえ | |
| 8 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり医師の診察を受けていますか<br>病名（ ） | はい | いいえ | |
| 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よいといわれましたか | いいえ | はい | |
| 9 ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか （ ）歳頃 | はい | いいえ | |
| そのときに熱が出ましたか | いいえ | はい | |
| 10 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 | |
| 11 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 | はい | いいえ | |
| 12 これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか<br>予防接種の種類（ ） | ある | ない | |
| 13 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか | はい | いいえ | |
| 14 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** ）
保護者（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、説明をした。

**医師署名又は記名押印**〔 〕

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度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、本予診票が市に提出されることに同意します。

**被接種者又は保護者自署**〔 〕
（※被接種者が16歳未満の場合は、保護者自署）

| 使用ワクチン名 | 接種量 | 実施場所・医師名・接種年月日 |
|---|---|---|
| ワクチン名<br>Lot No.<br>（注）有効期限が切れていないか要確認 | （皮下接種）<br>□3歳未満 0.25mL<br>□3歳以上 0.5mL | 実施場所 〒665-0852 兵庫県宝塚市売布2-14-16<br>医師名 **もりのぶ小児科 森信 孝雄**<br>接種年月日 年 月 日 |

（この予診票の提出は不要ですが、５年間は各医療機関で保管してください。） R6.9

※記入に際しては、黒のボールペンをご使用ください。

# インフルエンザワクチン接種にあたっての注意事項(任意接種用)　　宝塚市

1　季節性インフルエンザワクチンについて

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、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合併症や死亡を予防する効果が期待されます。

2 副反応について

副反応として、注射部位の発赤、腫脹、疼痛等や、全身症状として発熱、悪寒、頭痛、倦怠感等を認めることがありますが、2～3 日中に消失します。重大な副反応としてはショック、アナフィラキシー様症状(じんましん、呼吸困難、血管浮腫等)・急性散在性脳脊髄炎(ADEM)(0.1%未満)やギランバレー症候群・けいれん・肝機能障害・黄疸・喘息発作・ネフローゼ症候群・視神経炎(頻度不明)があらわれる等の報告があります。ワクチンの製造過程で発育鶏卵が使用されますが、鶏卵成分は精製段階で除去されています。しかし、卵アレルギーが明確な人や、卵アレルギーの有無が不明な人(これまでに卵を食べた経験のない乳児など)が接種する場合は、医師とよく相談してください。鶏卵、鶏肉にアナフィラキシー(顔面蒼白、呼吸困難等の症状)がある人は、接種を受けることができません。

3　受ける前の注意

(1) 予診票は、受けられる方の健康状態をよく把握するために必要な資料です。お子さんの場合は、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

(2)次の人は、インフルエンザの予防接種は受けられません。

・明らかな発熱を呈している人
・重篤な急性疾患にかかっている人
・接種しようとする接種液の成分によって、アナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな人
・その他、予防接種を行うことが不適当な状態にある人

(3)次の人は、インフルエンザの予防接種を受けるに際し、医師とよく相談してください。

・心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害等の基礎疾患を有することが明らかな人
・前回の予防接種で接種後 2 日以内に発熱のみられた人及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある人
・過去にけいれんの既往のある人
・過去に免疫不全の診断がなされている人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
・接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある人

(4)インフルエンザワクチンと新型コロナワクチンの接種間隔の規定はありません。

4　受けたあとの注意

(1)接種後は、接種部位を清潔に保ってください。
(2)接種当日は、激しい運動は避けてください。
(3)普段と変わりなければ接種当日の入浴は差し支えありませんが接種部位をこするのはやめてください。
(4)接種後1週間は、副反応の出現に注意してください。
(5)抜歯、手術等は緊急の場合を除き、接種後1か月は避けてください。
(6)接種後、局所の異常反応や体調の変化が起こった場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

5　予防接種健康被害救済制度について

任意接種の場合は、予防接種法に基づかない接種となるため、健康被害については、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済を受けることになります。予防接種法に比べて救済の額が概ね半分(医療費・医療手当・葬祭料については同程度)となっています。

救済制度についてのご相談及び詳細は独立行政法人医薬品医療機器総合機構にご相談いただくか、ホームページをご覧ください。

◇救済制度相談窓口　電話番号　0120－149－931 ・ 03－3506－9411
受付時間　月～金(祝日・年末年始を除く) 9時～17時

◇ホームページ　https://www.pmda.go.jp

※健康被害が生じた場合は、宝塚市立健康センター(0797－86－0056)までご連絡ください。