

亀山市 (R7.8)

インフルエンザ 予防接種予診票

接種区分については医療機関記入:当てはまるところに○をつけてください。

定期接種	65歳以上	60~64歳で 身障手帳1級 (心・腎・呼吸・免疫)		生活保護		※定期接種の 公費負担は 一回のみです		
		65歳以上	60~64歳で身障手帳1級 (心・腎・呼吸・免疫)					
助成事業	1歳~就学前 児童	手帳			医師 意見書	回数	1回目	2回目
		身障 1~3級	療育	精神				

太枠内をご記入ください

住 所	亀山市 ※接種時に亀山市に住基登録がある方が対象です。	診察前の体温	度	分
ふりがな		電話番号		
受ける人の名前	(男・女)	生年月日	年	月 日 生
保護者の氏名			(満 歳 か月)	

質問事項		回答欄		医師記入欄
→中学生以下 の人のみ	あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重()g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳幼児検診などで異常があるとされたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
	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、 医師の治療(投薬など)を受けていますか 病名() その主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	はい	いいえ	
	現在、何か病気にかかっていますか 病名() 治療(投薬など)を受けていますか その主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	はい はい	いいえ いいえ	
	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()	はい	いいえ	
	最近1か月以内に熱が出たり病気にかかりましたか	はい	いいえ	
	最近1か月以内に家族や遊び仲間にインフルエンザ、麻疹、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	
	最近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	
	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がありますか	はい	いいえ	
	これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種の種類()	はい	いいえ	
	薬や食品(特に鶏卵など)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬・食品名()	はい	いいえ	
	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃 そのとき、熱がでましたか	はい	いいえ	
	近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ	
	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	
	今日の予防接種について質問がありますか (女性のみ)現在妊娠しているまたは、妊娠している可能性がありますか	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(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。 医師署名又は記名押印 本人(またはその家族などの代理人)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 (定期予防接種)または医薬品副作用被害救済制度(助成事業)等について、説明をしました。			

(医療機関控)

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(希望します・希望しません) ※()の中のどちらかを○で囲んでください。 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、亀山市に提出されることに同意します。	本人署名(未成年は保護者などの代理人の署名) 続柄()
	※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載

インフルエンザワクチン接種済証

住 所	亀山市
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
接 種 日	年 月 日
Lot No.	
亀山市長	

ワクチン名	インフルエンザHAワクチン		
ワクチンメーカー	kmb・ビケン・デンカ・第一三共・その他()		
Lot No.		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <small>(注) 有効期限が 切れていないか 要確認</small> </div>	
接 種 量	0.25ml (3歳未満)・0.5ml (3歳以上)		
実 施 場 所 医 師 名			
予 診・接 種 日	年	月	日

インフルエンザ 予防接種予診票

接種区分については医療機関記入:当てはまるところに○をつけてください。

定期接種	65歳以上	60~64歳で 身障手帳1級 (心・腎・呼吸・免疫)	生活保護		※定期接種の 公費負担は 一回のみです			
			65歳以上	60~64歳で身障手帳1級 (心・腎・呼吸・免疫)				
助成事業	1歳~就学前 児童	手帳			医師 意見書	回数	1回目	2回目
		身障 1~3級	療育	精神				

太枠内をご記入ください

住所	亀山市 <small>※接種時に亀山市に住基登録がある方が対象です。</small>	診察前の体温	度	分
ふりがな		電話番号		
受ける人の名前	(男・女)	生年月日	年	月 日 生
保護者の氏名			(満 歳 か月)	

質問事項		回答欄		医師記入欄
→中学生以下 の人のみ	あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重()g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳幼児検診などで異常があるとされたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
	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、 医師の治療(投薬など)を受けていますか 病名() その主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	はい	いいえ	
	現在、何か病気にかかっていますか 病名() 治療(投薬など)を受けていますか その主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	はい はい	いいえ いいえ	
	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()	はい	いいえ	
	最近1か月以内に熱が出たり病気にかかりましたか	はい	いいえ	
	最近1か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()	はい	いいえ	
	最近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	
	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がありますか	はい はい	いいえ いいえ	
	これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種の種類()	はい	いいえ	
	薬や食品(特に鶏卵など)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬・食品名()	はい	いいえ	
	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃 そのとき、熱がでましたか	はい はい	いいえ いいえ	
	近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ	
	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	
	今日の予防接種について質問がありますか (女性のみ)現在妊娠しているまたは、妊娠している可能性がありますか	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(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。 医師署名又は記名押印 本人(またはその家族などの代理人)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 (定期予防接種)または医薬品副作用被害救済制度(助成事業)等について、説明をしました。			

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(希望します・希望しません) ※()の中のどちらかを○で囲んでください。 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、亀山市に提出されることに同意します。	本人署名(未成年は保護者などの代理人の署名) _____ 続柄()
	※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者 との続柄を記載

(亀山市控)

インフルエンザ

インフルエンザワクチン接種済証

住所	亀山市
氏名	
生年月日	年 月 日
接種日	年 月 日
Lot No.	
亀山市長	

ワクチン名	インフルエンザHAワクチン		
ワクチンメーカー	kmb・ビケン・デンカ・第一三共・その他()		
Lot No.			
接種量	0.25ml (3歳未満)・0.5ml (3歳以上)	接種方法	皮下注射
実施場所 医師名			
予診・接種日	年	月	日

(注)
有効期限が
切れていないか
要確認

インフルエンザ予防ワクチンを接種する前に、必ずお読みください。

●インフルエンザとは

インフルエンザは、インフルエンザウイルスに感染することによって起こります。インフルエンザにかかった人が咳やくしゃみなどをする事により、ウイルスが空气中に広がり、それを吸い込むことによって感染します。典型的なインフルエンザの症状は、突然の高熱、頭痛、関節痛、筋肉痛などで、普通の風邪に比べて全身症状が強いのが特徴です。また、気管支炎や肺炎などを合併して重症化することもあります。

予防接種により、インフルエンザ感染を予防する、または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も期待されます。なお、インフルエンザの予防接種は、接種の法律上の義務はなく、かつ、自らの意思と責任で接種を希望する場合に接種をするものです。

●このワクチンの副反応

接種部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなることがありますが、通常は2～3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、下痢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。また、非常にまれですが、アナフィラキシー様症状(接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のじんましんを伴う重いアレルギー反応のこと)、けいれん等の症状がみられる場合があります。

このような症状がみられたり、疑われたりした場合は、すぐに接種医師に申し出てください。

●予防接種を受けることができない人

- ① 明らかに発熱している人
- 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の接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある人
- ④ その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した人

●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 発育が遅く、医師の指導を受けている人
- ③ 風邪などのひきはじめと思われる人
- ④ 過去に予防接種で、2日以内に発熱等の症状がみられた人
- ⑤ 薬の投与又は食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんが出る、または体に異常をきたしたことがある人
- ⑥ 過去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状態の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 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器疾患のある人

●ワクチン接種後の注意

- 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。医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。
- ② 接種当日は、接種部位を清潔に保ち、注射した部位をこすらないようにしてください。接種当日の入浴は差し支えありません。
- ③ 接種当日は、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出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください。