

インフルエンザ予防接種予診票

				診察前の体温		度		分	
住 所		神流町大字							
受ける人の氏名		フリガナ	性別	男・女	生年月日	年	月	日	(満 歳 カ月)
保護者の氏名									

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日うける予防接種について説明書を読みましたか。	は	い	いいえ
接種を受ける方の発育歴についておたずねします。 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出産後、乳幼児検診などで異常があるといわ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。 具体的な症状を書いてください。()	は	い	いいえ
最近1ヶ月以内に病気にかかったりしましたか。 病名()	は	い	いいえ
1カ月以内に家族や遊び仲間で麻疹、風しん、水痘、おたふく、かぜなどにかかった方がいましたか。 病名()	は	い	いいえ
1カ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
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、結核その他の病気にかかり、医師の診察をうけていますか。 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。	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	は	い	いいえ
そのとき熱がでましたか。	は	い	いいえ
薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪かったことがありますか。 症状()	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
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。 予防接種の種類()	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人はいますか。	は	い	いいえ
今日の予防接種について質問がありますか。	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)	医師署名又は記名押印
	保護者に対して、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。	

インフルエンザ予防接種希望書

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。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、本予診票が神流町に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 署名 _____

(※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)
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

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.	☐ 0.5ml(3歳以上)	実 施 場 所	
	☐ 0.25ml (6カ月以上3歳未満)	医 師 名	
	☐ 点鼻0.2mL (2歳以上19歳未満)	接種年月日	
		令和 年 月 日	

16歳未満で保護者が同伴できない場合は、裏面もよく読み署名をお願いします

保護者の方へ：必ずお読みいただき、署名をしてください。

保護者自署欄

私は、インフルエンザ予防接種にあたっての以下の説明文書を読み、接種の目的、効果、安全性について理解しました。保護者としてインフルエンザのワクチンを接種することに同意します。

保護者氏名	接種を受ける者の氏名	緊急連絡先

保護者が同伴することなくお子様にインフルエンザの予防接種を受けさせる場合には、あらかじめ保護者の方が、この説明文書の内容をよくお読みいただき、ご理解いただくことが必要です。さらに、接種を受けるお子様にも保護者の責任のもとに説明し、納得させて予防接種を受けさせて下さい。

1. ワクチンの目的

インフルエンザの感染者の多くは軽症のまま回復していますが、一部に重症化している方がいます。このワクチンの目的は、あなたのお子様に接種することで、例えば、インフルエンザに感染したとしても、病状が重くならないようにすることにあります。ただし、ワクチンの効果は完全ではなく、接種したからといっても、確実に病状が重くなることを予防する事ができるわけでないことを理解しておく必要があります。

2. ワクチンの安全性

季節性インフルエンザの場合、接種した場所のはれや痛みなどは、接種を受けられた方の10～20%に起こりますが、2～3日で消失します。発熱、吐き気や頭痛は、接種を受けられた方の5～10%にみられ、2～3日で消失します。さらに、まれに全身にかゆみのある発疹が出ることがあります（発疹、じんましん、発赤、掻痒感など）。こうした症状が強く出てしまった場合には、すぐに医師に相談することで、適切な治療を受けることができます。

そのほかに、ワクチン接種が原因かどうかは明らかではありませんが、急に手や足の動きが悪くなったり、意識失ってしまったといった重い症状が出ることがあります（ギランバレー症候群、急性脳症、急性散在性脳脊髄炎、けいれん、肝機能障害、喘息発作、紫斑など）。

この場合も速やかに医師の治療を受けることで多くが回復しますが、極めてまれに後遺症を残すこともあります。なお、接種した場所の異常な反応、体調の変化、高熱、けいれんなどの症状が出た場合には、速やかに医師の診察を受けて下さい。

3. 健康被害の救済制度について

今回のインフルエンザワクチンの接種を受けた方が、ワクチンの接種によって医療機関での治療が必要になったり、生活に支障がでるような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、神流町予防接種事故災害補償規程及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構法により補償を受けることができます。

健康被害の程度に応じて、医療費、医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金及び葬祭料の区分があり、決められた金額が支給されます。死亡一時金及び葬祭料以外については、治療が終了するか、障害が治癒する期間まで支給されます。

ただし、その健康被害がインフルエンザワクチン接種によって引き起こされたものか、別の要因（予防接種をする前、あるいは予防接種をした後に紛れ込んだ感染症、あるいは別の原因など）によるものなのかの因果関係を、各分野の専門家において審議し、インフルエンザワクチンの接種によるものと認定された場合に補償を受けることができます。

4. 接種に当たっての注意事項

予防接種の実施においては、体調の良い日に行うことが原則です。お子様の健康状態が良好でない場合には、かかりつけ医と相談の上、接種するかを決めて下さい。また、以下の状態の場合には、健康状態や体質を考えて、注意して接種して下さい。

- (1) 心臓病、呼吸器の病気（気管支ぜんそくを含む。）腎臓病、肝臓病、血液の病気、発育傷害等の基礎疾患をお持ちの方
- (2) 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じん麻疹などのアレルギーを疑う異常が見られた方
- (3) 今までにけいれんを起こしたことがある方
- (4) 過去に本人や近親者で免疫状態の異常を指摘されたことのある方
- (5) このワクチンの成分や鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のものに対して皮膚に発疹がでたり、体に異常をきたすなどのアレルギー反応を起こすおそれのある方に輸入ワクチンの接種を受けさせる場合には、医師とよく相談した上で接種を検討して下さい。また、以下の状態の場合には、予防接種を受けることができません。
 - (1) 明らかに発熱がある方
 - (2) 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
 - (3) 過去にインフルエンザワクチンの接種を受けて、重いアレルギー反応（アナフィラキシー）を起こしたことがある方
 - (4) (1)～(3)の方のほか、予防接種を行うことが不適当な状態であると医師に判断された方