

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		TEL		
氏 名				性別	男 ・ 女
生年月日	年	月	日	満	歳

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説明書を読みましたか。	は	い	いいえ
今日の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（ ）	は	い	いいえ
治療（投薬など）を受けていますか。	は	い	いいえ
その病気の主治医には、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
免疫不全と診断さ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。 具合の悪い症状を書いてください。（ ）	は	い	いいえ
薬や食品（鶏卵、鶏肉など）で発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったことがありますか。	は	い	いいえ
今までにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	は	い	いいえ
①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
②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	は	い	いいえ
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	は	い	いいえ
1ヶ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
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。 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もよいと言われましたか。	は	い	いいえ
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名（ ）	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. 5 ml	実 施 場 所	
		医 師 名	
		接種年月日	令和 年 月 日

60歳以上65歳未満の方で、次の1, 2, 3, 4の障害のうち、いずれかに該当する方は、インフルエンザ定期予防接種の対象者となります。接種を希望される方が対象者であることを明らかにするため、主治医の先生は次のあてはまる障害と項目（記号）に○印を付け、署名をお願いします。

1 心臓機能障害

（ア）次のいずれか2つ以上の所見があり、かつ、安静時又は自己身の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰返シアダムストークス発作が起こるもの。（該当する所見2つ以上に○を付けてください）

- a 胸部エックス線写真所見で心胸比0.60以上のもの
- b 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの
- c 心電図で脚ブロック所見があるもの
- d 心電図で完全房室ブロック所見があるもの
- e 心電図で第二度以上の不完全房室ブロック所見があるもの
- f 心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が10以上のもの
- g 心電図でSTの低下が0.2mV以上の所見があるもの
- h 心電図で第Ⅰ誘導、第Ⅱ誘導及び胸部誘導（ただしV1を除く）のいずれかのTが逆転した所見があるもの

（イ）人工ペースメーカーを装着したもの又は人工弁移植、弁置換を行ったもの

2 じん臓機能障害

じん臓機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が10ml/分未満、又は血清クレアチニン濃度が8.0mg/dl以上であり次のいずれかに該当するもの

- a 自己の身の日常生活活動が著しく制限される
- b 血液浄化を目的とした治療を必要とするもの
- c 極めて近い将来に血液浄化を目的とした治療が必要となるもの

3 呼吸器機能障害

予測肺活量一秒率、動脈血ガス及び医師の臨床所見により次のいずれかに該当するもの、ただし、予測肺活量一秒率とは、一秒量（最大呼気位から最大努力下呼出の最初の一秒間の呼気量）の予測肺活量（性別、年齢、身長）の組合せで正常ならば当然であると予測される肺活量の値）に対する百分率である

- a 呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの
- b 呼吸障害のため予測肺活量一秒率の測定ができないもの
- c 予測肺活量一秒率が20以下のもの
- d 動脈血O2分圧が50 Torr以下のもの

4 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害

ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するもの

（ア）CD4陽性Tリンパ球数が200/μl以下で次の項目（a～l）のうち6項目以上が認められるもの

- a 白血球数について3,000/μl未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
- b Hb量について男性12g/dl未満、女性11g/dl未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
- c 血小板数について10万/μl未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
- d ヒト免疫不全ウイルスRNA量について5,000コピー/ml以上の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
- e 1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に7日以上ある
- f 健常時に比し10%以上の体重減少がある
- g 月に7日以上不定の発熱（38℃以上）が2ヶ月以上続く
- h 1日3回以上の泥状ないし水様下痢が月の7日以上ある
- i 1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある
- j 口腔内カンジダ症（頻回に繰返すもの）、赤痢アメーバ症、带状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症（頻回に繰返すもの）、糞線虫症及び伝染性軟属種等の日和見感染症の既往がある
- k 生鮮食品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である
- l 軽作業を越える作業の回避が必要である

（イ）回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態のもの

医療機関名

医 師 名