

# インフルエンザ予防接種申込書・予診票

クリニック・イン・ザ・モーニング出張接種用

ふりがな		性別	生年月日			年齢
接種者のお名前		男 女	昭和 平成	年	月	日生 歳
<input type="text"/>	<input type="text"/>	北海道 都府県	札幌市 市	区	電話	0 - -
<input type="text"/>	<input type="text"/>				会社名	

「インフルエンザ予防接種の注意事項」を読んでご理解をいただき、本日のインフルエンザ予防接種をご希望される方は、以下の質問事項にお答えください。該当する回答を○で囲み、必要に応じてご記入ください。

**1. 本日の体調はいかがですか？**

→ 体調はよい ・ 不安な点がある ( )

**2. 過去に予防接種を受けた後に、具合が悪くなったことはありますか？**

→ ありません ・ ありました ( )

**3. ここ1ヶ月以内に他のワクチン接種を受けたり、病気にかかりましたか？**

→ いいえ ・ はい ( )

**4. 定期的に診察を受けている病気、処方されている薬はありますか？**

→ ありません ・ あります ( )

**5. 以下の事項で、該当することがありますか？**

→ ありません ・ あります (当てはまる事項を○で選んでください)

- ・ 免疫不全症と診断されている家族、親族がいます。
- ・ 鶏肉、卵にアレルギーがあります。
- ・ 薬や食品でじんま疹を起こしたことがあります。
- ・ 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、免疫不全症などの特別な病気にかかったことがあります。
- ・ けいれんを起こしたことがあります。
- ・ 気管支喘息を治療中です。
- ・ 現在、妊娠中／授乳中です。

**6 そのほか、健康状態のことで医師に伝えておきたいことはありますか？**

→ ありません ・ あります ( )

本日の体温に○印を **35.** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **36.** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **37.** 0 1 2 3 4 °C

<医師記入欄> 該当箇所に医師署名

問診および診察の結果、本日の予防接種は 可 能 不 可 と判断します。

医師の問診を受け、予防接種の効果や副反応について理解した上で、本日の予防接種を希望しますか？ 該当する方を○で選択してください。

**希望します ・ 希望しません**

上記接種を希望し、また本票の電子文書化保存処理について同意をいたします。

接種者署名

2018 年 月 日

ワクチン接種証明書



接種証明QRコード印字欄

# 「インフルエンザ予防接種の注意事項」

インフルエンザの予防接種を実施するに当たって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、予診票に出来るだけ詳しくご記入ください。

## 【ワクチンの効果と副反応】

予防接種により、インフルエンザ感染を予防したり、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が期待されます。一方、副反応は一般的に軽微です。注射部位が赤くなる、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(蕁麻疹、呼吸困難など)、(2)急性散在性脳脊髄炎(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)肝機能障害、黄疸、(5)喘息発作。このような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。

## 【予防接種を受けることができない人】

- 1,明らかな発熱がある人(37.5℃を超える人)
- 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。なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いで下さい。
- 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、保健師の指導を受けている人
- 3,カゼなどのひきはじめと思われる人
- 4,予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発しん、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた人
- 5,薬の投与又は食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある人
- 6,今まで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のある人
- 8,妊娠中または授乳中で接種について不安のある人
- 9,気管支喘息治療中で、症状が安定していない人

## 【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。接種後は注意深く身体の様子を観察してください。接種後に何か強い異常を感じた場合には、速やかに医師の診察を受けて下さい。
- 2,接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすることはやめましょう。
- 3,接種当日は、接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。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下さい。

## 電子化による保存について

当院は、本予防接種について個別に電子カルテを作成、記録を行うとともに、本票についても電子ファイル化処理を行い、個人情報保護のもとに真正性、見読性および保存性を確保した診療諸記録として保存を行います。紙媒体については、個人情報保護のもとに破棄致します。

## 【電子ファイル化および真正性の確保について】

接種済みの本票については、当院院内でスキャナによる電子ファイル化を行います。ファイル形式は汎用性の高いものとしませんが、真正性を高めるため、電子化されたファイルにQRコードのwatermark処理を行います。QRコードに含まれる内容は、接種年月日、接種会社名、予防接種製品番号、電子ファイル保存日時、責任者名となります。電子保存された本票の用途は必要時の参照のみとし、また被接種者の求めに応じて、いつでも紙媒体への出力等で提供を行うものとします。