出張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	19 20 年　月　日生	歳

□□□-□□□□　北海道 都府県　札幌市 市　区

企業名

ご自宅の住所

電話番号（自宅または携帯）　0　-　-

・中学生以下の方　・本日の体調に不安がある方　・昨日、明らかな発熱（37.5度以上）があった方

・過去にインフルエンザワクチン接種後、生活に支障をきたすような体調不良を生じたことがある方

→　以上に該当する方は後日、医療機関において「健康な状態に回復してから、あるいは相談の上」で接種をお願いします。

上記を確認し、本日の接種を希望される方は「インフルエンザ予防接種の注意事項」及び「電子化による保存について」をご了承のもと、以下の質問にお答えください。当てはまる所に○、お伝えしたいことはご記入ください。

本日測定の体温に○印を　→　**35.** ０１２３４５６７８９　**36.** ０１２３４５６７８９　**37.** ０１２３４　℃

・インフルエンザ予防接種を受けたことはありますか？

ほぼ毎年受けています。　受けたことはあります。　受けた記憶がありません。

・つい最近、入院治療、輸血、手術、他のワクチン接種、伝染性疾患の罹患があれば教えてください。

・下記で当てはまることがあれば　○　で囲んでください。

妊娠中です。　授乳中です。　鶏肉、卵に強いアレルギーがあります。　じんま疹がよく出ます。

喘息など肺の病気があります。　免疫の薬を飲んでいます。　免疫不全といわれています。　血液病です。

心臓病です。　肝臓病です。　腎臓病です。　小学生以降にも、けいれんを起こしたことがあります。

・治療中の病気、内服中のお薬など、医師にあらかじめ伝えておきたいことがあれば、教えてください。

予防接種の効果や副反応について理解し、上記申告のもと本日インフルエンザ予防接種を希望します。本票の電子文書化保存についても同意します。なお、問診の場で接種の意思の再確認を行い、接種の可否については、医師の最終判断に委ねます。

202　年　月　日　本人署名

＜医師記入欄＞　該当箇所に医師が署名及び記入

予診票の申告に基づく問診および診察の結果、本日の予防接種は

と判断します。

MORNING+ クリニック・イン・ザ・モーニング

「インフルエンザ予防接種の注意事項」

　インフルエンザ予防接種の実施にあたり、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、本予診票には出来るだけ詳しいご記入をお願いいたします。

[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。接種に伴う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日で改善します。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、下痢などがまれに起こります。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(急性の蕁麻疹、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。重篤な健康被害が生じた場合は、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た救済手続きを申請可能です。

[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適当と判断した人

[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、肝臓病や血液病などの基礎疾患をもっている人
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 予防接種を受けた後、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をきたしたことがある人
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が、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可能性があります。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、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。 平常の生活は問題ありません。
4 高熱やけいれん等の異常な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。

「電子化による保存について」

　当院は、本予防接種内容について個別に電子カルテを作成、記録・保存を行うとともに、本票も電子ファイル化処理を行い、真正性、見読性および保存性を確保した個人診療諸記録として法令に基づいた保存を行います。本票紙媒体は、個人情報保護のもと、適切に処分致します。

[電子ファイル化および真正性の確保について]

　出張接種完了後の本票は、当院の責任で電子ファイル化致します。ファイル形式は汎用性の高いものとしますが、真正性を高めるため、電子化ファイルにQRコードのwatermark処理を行います。QRコードが含む情報は、接種年月日、出張接種企業名、ワクチン製品番号、電子ファイル保存日時、保存責任者名とします。保存情報の用途は、個人情報保護法に則って必要時の参照のみとし、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。

® クリニック・イン・ザ・モーニング　　内科・小児科　　年中無休　AM 07:00 ～お昼前まで

〒060-0004　札幌市中央区北４条西１６丁目１-３栗林幌西ビル１F　　TEL　011-611-2005　　www.fortune-favoured.jp