

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

集団接種用

*接種希望の方へ:太ワク内にご記入下さい。

診察前の体温

度 分

会社名	社員番号		
フリガナ	男・女	生年月日	西暦
受ける人の氏名			年 月 日生
保険証記号・番号	記号	番号	(歳)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文(裏面)を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。	いいえ(回目)	はい	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい (具体的に)	いいえ	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい(病名) 薬をのんでいますか(はい・いいえ)	いいえ	
5. 最近1か月以内に病気にかかりましたか。	はい(病名)	いいえ	
6. 今までに特別な病気(心臓血管系、腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか。	はい (病名)	いいえ	
7. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
8. 近親者に予防接種をうけて具合が悪くなった方がいますか。	はい	いいえ	
9. 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい 回ぐらい 最近は 年 月頃	いいえ	
10. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんや蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい(薬または食品名)	いいえ	
11. これまで間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され現在、治療中ですか。	はい 年 月頃 (現在治療中・治療していない)	いいえ	
12. これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか。	はい(予防接種名・症状)	いいえ	
13. 1か月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜにかかった方がいますか。	はい(病名)	いいえ	
14. 1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい(予防接種名:)	いいえ	
15. (女性の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いて下さい。			

医師の記入欄: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) 医師の署名

本人に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明した。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。 (接種を希望します・接種を希望しません)	本人の署名
--	-------

記載いただいた個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。(個人情報取り扱いに関する問い合わせ先は裏面をご覧ください)

個人情報の取扱いに関する同意	私は裏面に記載がある、貴財団「個人情報の取り扱いについて」の説明文を確認し、個人情報の取り扱いについて同意します。	本人の署名
----------------	---	-------

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザHAワクチン	皮下接種	実施場所:リバーサイド読売ビル診療所 医師名: 接種日時: 年 月 日
カルテNo.	mL	時 分

インフルエンザワクチンの接種について

集団接種用(2025年度版)

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、表面の予診票に出来るだけ詳しくご記入下さい。

【ワクチンの効果と副反応】

インフルエンザワクチンの接種により、インフルエンザを予防したり、症状を軽くすることが期待されます。またインフルエンザによる合併症や死亡など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。注射部位が発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感、小水泡等を認めることがあります。通常は2～3日で消失します。なお、蜂巣炎に至った症例の報告があります。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・嘔気、下痢、関節痛、筋肉痛、筋力低下、咳嗽、動悸なども起こることがあります。通常は2～3日で消失します。過敏症として、発しん、蕁麻疹、湿しん、紅斑、多形紅斑、そう痒、血管浮腫等もまれに起こります。その他に、顔面神経麻痺等の麻痺、末梢性ニューロパシー、失神・血管迷走神経反応、しびれ感、振戦、ぶどう膜炎があらわれることがあります。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(蕁麻疹、呼吸困難、血管浮腫等)、(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、意識障害等)、(3)脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、(4)ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害等)、(5)けいれん(熱性けいれんを含む)、(6)肝機能障害、黄疸、(7)喘息発作、(8)血小板減少性紫斑病、血小板減少、(9)血管炎(IgA血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、白血球破砕性血管炎等)、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、急性汎発性発疹性膿疱症(頻度不明)(12)ネフローゼ症候群、このような症状が認められたり、疑われた場合は、すぐに医師に申し出て下さい。なお、健康被害(入院が必要な程度の疾病や障害など)が生じた場合については、健康被害を受けた人又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救済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. 明らかに発熱のある人(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ください。
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、かかりつけの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. カゼなどのひきはじめと思われる人
3. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発しん、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常がみられた人
4. 薬の投与又は食品(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
5. 今までにけいれんを起こしたことがある人
6. 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
7. 妊娠の可能性のある人
8. 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人

個人情報取り扱いについて(インフルエンザ予防接種)

当法人は、取得した個人情報を個人情報保護基本規程に準じて適正に管理し、個人情報保護に努めます。接種者様の個人情報を以下のように取り扱います。下記をご確認いただき、同意ください。

1. 利用目的

◇予防接種予診審査のため

以上の目的以外で接種者様の個人情報を利用する場合、ご本人に理由を説明し同意を得た上で行うものとします。

ただし、緊急の場合、治療上必要な場合、当法人が必要だと判断した場合等は、利用を優先し、後ほどご説明させていただきます。

2. 個人情報の第三者提供について

あらかじめ接種者様の同意を得ずに、第三者(日本国外にある者を含みます。)に、個人情報を提供しません。

3. 業務委託について

第1項の利用目的を達成するにあたり業務を委託することはございません。

4. ご同意いただけない場合

万一、上記の事項についてご同意いただけない場合には、予防接種に支障が出る場合がございます。

5. 開示・訂正等

接種者様からの開示・訂正・削除・利用停止等の請求については、第7項の苦情・相談窓口にお申し出ください。

その際は、文書等でご本人である事を確認させていただいた後、速やかに開示します。

6. 個人情報保護管理責任者

〒169-0051 東京都新宿区西早稲田1-1-7

連絡先:03-5287-5070

公益財団法人 パブリックヘルスリサーチセンター

センター長 久山 泰

7. 苦情・相談に関する窓口

公益財団法人 パブリックヘルスリサーチセンター

苦情・相談窓口 : TEL 03-5287-5070 E-mail p-info@phrf.jp