

高齢者インフルエンザ予防接種予診票

古河市

| | | | | | | | | | |
|------|--|--------|--|--------|------|----|----|----|---|
| 住所 | | 茨城県古河市 | | 診察前の体温 | | 度 | | 分 | |
| ふりがな | | 氏名 | | 男 | 電話番号 | | | | |
| | | | | 女 | 生年月日 | 大正 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | | | 昭和 | (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市から提供している説明書(予診票裏面)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。 | はい | いいえ | |
| 病名() | | | |
| 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はありますか。 | はい | いいえ | |
| 今日、体に具合の悪いところがありますか。 | はい | いいえ | |
| 具体的な症状を書いてください。() | | | |
| 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。 | はい | いいえ | |
| 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 | |
| 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 | |
| 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。 | はい | いいえ | |
| 予防接種の種類() 接種日(月 日) | | | |
| 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。 | はい | いいえ | |
| 病名() | | | |
| 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言われましたか。 | はい | いいえ | |
| 最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 | はい | いいえ | |
| 病名() | | | |
| 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)と判断します。 本人に対して、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、説明をしました。 医師署名又は記名押印 |
|-------|---|

| ワクチンロット番号 | 接種量 | 実施場所・医師名・接種年月日 | |
|--------------------|---------------|----------------|----------|
| ワクチン名 インフルエンザ | (皮下) 0.5ml | 実施場所 | |
| Lot No. | | 医師名 | |
| (注)有効期限が切れていないか要確認 | | 接種年月日 | 令和 年 月 日 |

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

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)

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、本予診票が市町に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

高齢者のインフルエンザ予防接種について

インフルエンザは流行が爆発的に始まり、短期間に乳幼児から高齢者まで大勢の人を巻き込むという点で普通のかぜとは区別して考えられます。

インフルエンザに感染して発病すると、急激な発熱・悪寒・全身倦怠・咳・鼻水・のどの痛み・頭痛などいろいろな症状が出ます。

また、合併症として、肺炎、気管支炎を起こすことがあり、亡くられる方もあります。特に、高齢者のインフルエンザは、肺炎を併発させる方が多いと指摘されています。

インフルエンザの予防接種を受けることにより、インフルエンザにかからないか、かかっても重症になることを防止する効果があるとされています。

◆ 予防接種ができない方(接種不相当者)

1. 明らかに発熱(37度5分以上)のある方
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
3. インフルエンザ予防接種に含まれている成分によってアナフィラキシーを起こしたことが明らかな方
※「アナフィラキシー」というのは通常接種後30分以内に起こるひどいアレルギー反応のことです。
発汗・顔が急にはれる・全身にひどいじんましんが出る・吐き気・嘔吐・声が出にくい・息が苦しいなどの症状に続きショック状態になるような激しい全身反応です。
4. その他、医師が不相当な状態と判断した場合
※具体的には、医師にご相談ください。

◆ 予防接種前の注意

1. 予診票をよく読み、現在の体調や治療中の病気、アレルギーの有無について正確に記入してください。
2. 現在、治療を受けている方、薬を飲んでいる方は、予防接種を受けてもよいかをかかりつけの医師に必ずご相談ください。

◆ 予防接種後の注意

1. 予防接種を受けた後30分間は、急な副反応が起こることがあります。医師とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
2. 副反応の多くは24時間以内に出現しますので、特にこの間は体調に注意しましょう。
3. 接種部位が赤くなったり、痛くなったり、熱が出るといった副反応が起こることがありますが、通常2～3日でなおります。ごくまれに重い副作用があらわれることがあります。接種後に異常が認められた場合は、接種医のもとで必ず診療を受けてください。
4. 入浴は差し支えありませんが、わざと接種した部位をこすることはやめましょう。
5. 接種後24時間は、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。