

\*接種当日に必ず体温を測定して来てください

		カルテNo.	診察前の体温	度	分
職 場 名			内線番号		
フ リ ガ ナ			男 ・ 女	昭和	年 月 日生
受ける人の氏名				平成	
保 険 証 の 記 号 番 号				生年 月 日	

質問事項(あてはまる項目を○でかこんでください)	回答欄		医師記入欄
① 今日、体に具合の悪いところがありますか あれば、その症状をお書き下さい 症状( )	ある	ない	
② 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名( )	はい	いいえ	
③ 1ヶ月以内に家族や友だちで、麻疹、風疹、おたふくかぜ、水痘 などにかかった方がいますか 症状( )	はい	いいえ	
④ 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( )	はい	いいえ	
⑤ これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種名( )	はい	いいえ	
⑥ 家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
⑦ 先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症等にかか り医師の診察を受けたことがありますか、または受けていますか 病名( )	はい	いいえ	
⑧ 現在治療中の病気はありますか 病院( )	ある	ない	
その病気を診てもらっている医師から、「今日の予防接種を受け てはダメ」といわれましたか	はい	いいえ	
⑨ ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか( 年 月頃) そのとき熱が出ましたか	ある	ない	
⑩ 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	ある	ない	
⑪ たまご又は鶏肉を食べて発疹が出たり、下痢をしたことがありま すか	ある	ない	
⑫ ゼラチンの入ったグミゼリー、プリン、アイスクリームなどの食品 を食べた後、口周囲がかゆくなったり、じんましんがでたことが ありますか	ある	ない	
⑬ 現在妊娠していますか	はい	いいえ	
⑭ そのほか、特に変わったことはありませんか	ある	ない	
⑮ 裏面をよく読み、理解しましたか	いいえ	はい	
⑯ 今日の予防接種について質問がありますか	ある	ない	

医師の記入欄 医師のサイン  
 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) \_\_\_\_\_

予診の結果を聞いて、今日の予防接種を受けますか 本人のサイン  
 接種を希望します ・ 接種を希望しません \_\_\_\_\_

	接種量	接種場所・医師名・接種年月日			
	(皮下接種)	実 施 場 所 :			
	回目	医 師 名 :			
	0.5mL	接 種 年 月 日 : 令和 年 月 日 ( ) 時 分			

## インフルエンザワクチンの予防接種を受けられる方へ

インフルエンザワクチンの接種に当たっては、表面の予診票にできるだけ正確にご記入ください。この予診票は、担当医師が受けられる方の健康状態をよく把握し、正確な情報を得るために大切なものです。責任を持って記入しましょう。

### 《予防接種を受けるときの注意》

インフルエンザワクチンのパンフレットなどをよく読み、必要性や副反応についてよく理解しましょう。また、わからないことは接種を受ける前に相談しましょう。

1. 接種を受ける前日はシャワー・入浴により、身体を清潔にしましょう。
2. 清潔な着衣をつけましょう。
3. 当日は体調をよく観察し、普段と変化がないか確認しましょう。
4. 接種を受ける人の母子手帳があれば持っていきましょう。

### 《予防接種を受けることができない人》

次のいずれかに該当すると認められる場合には、接種を行ってはいけません。

1. 明らかに発熱している人(37.5℃以上)
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人。
3. インフルエンザワクチンを接種した際、過去にアナフィラキシーを起こしたことがある人、他の医薬品によってアナフィラキシーを起こしたことのある人は、接種前に医師にその旨をよく伝え、指示に従ってください。
4. その他、予防接種を受けることが医師により不適当と判断された人。  
※ 具体的には医師とよく相談してください。

### 《予防接種を受けるに際し、医師によく相談しなければならない人》

健康状態及び体質について、次のいずれかに該当すると思われる場合、接種前に必ず医師とよく相談してください。

1. 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患などを有する人。
2. 出生時に未熟児で発育の遅い人。
3. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人。
4. 風邪の引きはじめや極端に体力を消耗している人。
5. 前回の予防接種で2日以内に発熱のみられた人又は発疹(ほっしん)、蕁麻疹(じんましん)等のアレルギーを疑う症状がみられた人。
6. 薬の投与又は食事(鶏卵、鶏肉および卵製品)で発疹が出たり異常をきたしたことがある人。
7. 過去にけいれん(ひきつけ)の既往のある人。
8. 過去に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。
9. 妊娠の可能性のある人。

### 《予防接種を受けた後の注意》

インフルエンザワクチンの接種を受けた後は、何か変化があればすぐに医師の診察を受けるようにしましょう。

1. 接種後30分間は、なるべく病院にとどまり、様子を観察しましょう。また、接種後24時間は、副反応の出現に注意しましょう。
2. 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。また、激しい運動は避けましょう。
4. 万一、高熱やけいれんなど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ください。

接種予定日時	月 日( )	医療機関名  (接種する診療所にチェックを入れる)	✓	座間診療所
	:		✓	相模診療所
			✓	厚木診療所
			✓	横須賀基地診療所
			✓	岩国基地診療所

※ 接種予定日時が決められている場合、無断でキャンセルした方は後日来院しても接種できません。