

< 6か月～2歳 > ※太枠の中をペン(鉛筆不可)で記入してください。

住所	中川郡豊頃町	体温	度 分	(自己負担額) □ 6か月～2歳 500円
フリガナ		生年 月 日	令和	
氏名			年 月 日生	
電話番号			(満 歳 カ月)	
		性別	男・女	

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明書(裏面)を読み予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	いいえ	はい	
現在、何か病気にかかっていますか。	はい(病名)		
治療(投薬など)を受けていますか。	はい(薬名)	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・特に尋ねていない		
免疫不全と診断されたことがありますか。	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(症状)	いいえ	
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 薬品・食品名()	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。	いいえ	はい	
① その際に具合が悪くなったことはありますか。	①はい	いいえ	
② 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。	②はい 種類()	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(回<らい) (最後は 年 月ごろ)	いいえ	
1カ月以内に予防接種を受けましたか。	はい(月 日) 予防接種名()	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患等の慢性疾患にかかったことがありますか	はい 病名()	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい・特に尋ねていない		
最近1カ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい 症状()	いいえ	
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。
本人または保護者に対して予防接種の効果、副反応及び救済制度について説明しました。

医師署名又は記名押印

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と診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。

(希望します・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、本予診票が市町村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)

ワクチン〇外番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No.	皮下接種 □ 0.25 ml (※6か月～2歳)	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

※必ずお読みください

インフルエンザの予防接種 ～効果と副反応について～

ワクチンの特徴

インフルエンザワクチンはインフルエンザウイルスを分解し、免疫をつくるために必要な成分を取り出し、毒性をなくす処理をして作られたものです。インフルエンザウイルスは毎年変化しながら流行するため、流行が予測されるウイルスにあったワクチンが作られています。

予防接種の効果

現在国内で用いられている、不活化インフルエンザワクチンは、感染を完全に阻止する効果はありませんが、インフルエンザの発病を予防することや、発病後の重症化や死亡を予防することに関しては、一定の効果があるとされています。

予防接種を受けてからインフルエンザに対する抵抗力がつくまでに2週間程度かかり、その効果は約5ヶ月間持続します。

予防接種の副反応

- 予防接種の後、注射部位に発赤、はれ、痛みが、また発熱、悪寒、頭痛、全身のだるさなどが表れることがあります。通常2～3日の間に治ります。
- まれに接種直後から数日中に、発疹、かゆみなどが表れることがあります。
- 非常にまれに、接種直後に全身のショック症状(じんましん、呼吸困難など)や接種後数日から2週間以内に脳脊髄炎(発熱、頭痛、けいれん、意識障害、運動障害などからはじまる)を起こすことがあります。※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ください。

予防接種を受ける前に

***以下の方は予防接種を受けることができません。**

- 37.5度以上の発熱がある人
- 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- 鶏肉、卵の成分によってアナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、血管浮腫など)を起こしたことがある人。
- その他医師が不相当と判断した人

***以下の方は、予防接種を受ける前に医師とよく相談してください。**

- 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気、その他慢性の病気で治療を受けている人
- 前にインフルエンザの予防接種を受けた時、2日以内に発熱、発疹などの症状が表れた人
- 今までにけいれんを起こしたことのある人
- 免疫不全(免疫の病気)と診断されたことがある人
- 鶏肉、卵などにアレルギーがあるとされたことがある人

予防接種は体調の良い時に受けましょう。
現在治療中の病気がある人は医師とよく相談して接種しましょう。

豊頃町役場福祉課健康係
(TEL 015-574-2214)