2026年度

インフルエンザ予防接種予診票

任 意 接 種 用

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください

住　　所	〒 TEL （　　） －	来院時の体温	度	分
フ リ ガ ナ 予防接種を受ける方の 氏　　名		男・女	生年月日	年　月　日生 （　歳　ヶ月）
保護者の氏名				

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の予防接種は今シーズン何回目ですか。	1回目	2回目	
3　今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある（具体的に）	ない	
4　現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい（病名）	いいえ	
5　最近1ヶ月以内に熱が出たり、何か病気にかかりしましたか。	はい（病名）	いいえ	
6　最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気にかかった方がいましたか。	いる（病名）	いない	
7　最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	受けた（予防接種名）	いいえ	
8　過去に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	
①その際に具合が悪くなったことはありますか。 ②インフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。	ある（症状： ある（予防接種名： （症状：	ない ない	
9　今までに特別な病気にかかったことがありますか。 ［先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、血液疾患などの慢性疾患、その他の病気　など］	ある（具体的に）	ない	
（“ある”の場合）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良いといわれましたか。	はい	いいえ	
10　今までけいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか。	ある　ごろ　回ぐらい 最後は　年　月ごろ	ない	
11　今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか。	ある　年　月ごろ 現在治療中　・　治療していない	ない	
12　薬や食品（ニワトリの肉や卵など）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（薬、食品名）	ない	
13　近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか。	いる（予防接種名）	いない	
14　近親者の中に先天性免疫不全症と診断されている方はいますか。	いる	いない	
15　（女性のみ）現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。	はい	いいえ	
16　その他、今日の予防接種について質問はありますか。			

医師の記入欄:本人（もしくは保護者）に対して、予防接種の効果、副反応およ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。

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　）　　医師の署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性などについて理解した上で、ワクチンの接種を　（　希望します　・　希望しません　）	本人（もしくは保護者）の署名

メーカー名・ロット番号	接種量		実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日	
Lot No. カルテNo,	（皮下接種） ☐ 0.25mL （6カ月以上3歳未満） ☐ 0.5mL	左 ・ 右	実施場所 医師名 接種年月日	くまだキッズ・ファミリークリニック 年　月　日

インフルエンザワクチンの接種について

インフルエンザの予防接種を実施するに当たり、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、裏面のインフルエンザ予防接種予診票（以下、予診票）に出来るだけ詳しくご記入下さい。

お子さまが接種される場合には、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入下さい。

当日、お子さまの予防接種に付き添っていただく大人の方は、風邪症状のない方でお願いします。

【体温測定についてのお願い】

当日発熱が無いことを確認してご来院ください。（発熱を認めた場合は**予約時間までにご連絡**をお願いいたします）

来院後、受付にて体温計を用いて腋窩(わきの下)検温をお願いします。

その際に、37.5℃を超える発熱を認めた場合は、予防接種を当日に受けることができません。

ご家族複数名で接種される予定のある方は、他のご家族は必ず接種して頂きますので、ご了承ください。

発熱を認めた**ご本人のみ**、受付にて予約変更をさせて頂きます。

【ワクチンの効果と副反応】

ワクチンの接種により、インフルエンザの発症を予防したり、たとえ発症しても症状が軽くすみます。
そのためインフルエンザによる合併症や重篤化、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。注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなる、しびれる、小水疱、
蜂巣炎などがみられることがあります。過敏症として、発しん、じんましん、湿 疹、紅斑、多形紅斑、そう痒、血管浮腫、
精神神経系として、頭痛、一過性の意識消失、めまい、顔 面神経麻痺等の麻痺、末梢性ニューロパチー、
失神・血管迷走神経反応、しびれ感、振戦、消化器と して、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、筋・骨格系として、関節痛、
筋肉痛、筋力低下があらわ れることがあります（いずれも頻度不明）。その他に、発熱、悪寒、 怠感、リンパ節腫脹、咳嗽、
動 悸、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、重篤な副反応を生じる 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、次のような重篤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（じんましん、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）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、歩行障害など）、
（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）、
（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方】

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方
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方は、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方

【予防接種を受ける際に、医師とよく相談していただく方】

① 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている方
② 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの方
③ 過去に予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常がみられた方
④ 今までにけいれんを起こしたことがある方
⑤ 過去に本人や近親者で免疫状態の異常を指摘されたことのある方
⑥ 間質性肺炎や気管支喘息などの呼吸器系疾患のある方
⑦ 薬の服用または食事（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことのある方
⑧ 妊娠の可能性のある方

【予防接種を受けた後は以下の点に注意してください】

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（息苦しさ、蕁麻疹、咳など）が起きることがあります。
　医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。
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、いつも通りの生活をしましょう。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
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。