

インフルエンザワクチン予診票

ワクチン接種を希望される方は、次の説明をお読みのうえ、問診表を記入して下さい。

- インフルエンザは普通のかぜと違って、突然に発症し、のどの痛み、鼻水などの上気道症状とともに、高熱、だるさ、頭痛、関節や筋肉の痛みなどの全身症状が起きます。まれに肺炎、脳炎や脳症を起こすこともあります。
- 流行時の一般的な対策としては、十分な栄養や休養を取り、人込みや室内の乾燥を避け、マスク、手洗いやうがいを行ってください。
- 予防率は 40～80%です。ワクチンを接種しても、インフルエンザにかかることがあります（特に高齢の方）。かかっても肺炎などの重症化を予防する効果があります。
- 接種は1回です。効果は4～6ヵ月間のため接種は毎年必要です。
- 副作用として、発熱、全身倦怠、関節痛、接種部位の発赤、痛みなどが起こることがあります。
- 健康保険は適応されません。

氏名 (ふりがな)	M. T. S. H.	年	月	日生 (歳)
住所	☎ ()					

今日の体温は何度でしたか	℃
今日、体に具合の悪いところがありますか？ どんな症状ですか ()	はい・いいえ
最近一ヶ月以内に病気にかかりましたか？ 病名 ()	はい・いいえ
現在、妊娠の可能性ありますか？	はい・いいえ
一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
今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他）を言われていますか？ 病名 ()	はい・いいえ
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか？	はい・いいえ
薬や食品で発疹や蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか？	はい・いいえ
鶏卵や鶏肉に対するアレルギーがありますか？	はい・いいえ
これまでに、予防接種や注射を受けて具合が悪くなったことがありますか？	はい・いいえ

接種日 年 月 日

Lot No.	ml
問診、診察の結果、今日の予防接種は (可能、延期、不可)と判断します。	医師署名
今日の予防接種を受けますか？ はい・いいえ	受ける方の署名