

問診表

診察券番号 4桁（ ） 年齢 歳 か月 性別 男・女 体重 kg

西暦 年 月 日 氏 名

感染症状のある方は屋外での診察になります。ご了承下さい。

	発熱	せき	はな	のど	頭痛	関節痛	発疹	おうと	げり	その他
症状は？ ○×でOK	最高 °C									
いつから ～ いつまで	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
日付記入 月/ 日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
現在の熱・つらい症状は？	°C つらい症状は？									
家族の職種・体調は？										
通勤手段は（電車？車？バス？）										
所属園名 ・ 何組										
所属学校名・ 何年何組										
兄弟姉妹の体調は？所属は？	通っている保育園・幼稚園・学校のクラス？									
今日、医師に伝えたいことは？	自由記載									
周囲での流行疾患・アレルギー歴										
いつも飲んでいる薬は？ →										
処方してほしい継続薬は？ →										
おくすり手帳をお持ちでしたらご用意ください。										

当院ではPCR検査や胸部レントゲン撮影はできません。 受診時のせきエチケット（マスク・タオル）にご協力ください。

診察前にこの問診表が書いてあると待ち時間の短縮になります。

吉田小児科問診用電話：070-8302-3820

対面時間を減らしてもお話を伺えるように導入した感染拡大予防のための問診用電話です。お手元に携帯電話を置いてお待ち下さい。

問診でおかけする携帯電話番号：

任意接種用 吉田小児科医院
インフルエンザ予防接種予診票

今シーズン1回目2回目 ←○つける

1回目接種日は？年 月 日

住 所		診察前の体温 度 分	
ふりがな		男・女	生年月日
受ける方の氏名			年 月 日 (歳 ヶ月)
保護者の氏名		電話番号	

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受けるインフルエンザの予防接種についての説明文を読み、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、また今日具合の悪いところがありますか 病名、具合の悪い箇所（ ）	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（病名 ）	はい	いいえ	
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もよいと言われましたか	はい	いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名（ ）	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種をうけましたか 予防接種名（ 月 日 ）	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がありますか	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 予防接種名（ ）	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり医師の診断を受けていますか 病名（ ）	はい	いいえ	
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もよいといわれましたか			
ひきつけ（けいれん）をおこしたことはありますか（ ）歳ころ	はい	いいえ	
その時熱はでましたか	はい	いいえ	
薬や食品で発疹やじんましんが出たり、体の具合がわるくなったことがありますか 薬（ ） 食品（ 卵・ゼラチン など ）	はい	いいえ	
今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系の病気と診断されたことはありますか	はい	いいえ	
近親者に先天的免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
近親者に予防接種をうけて具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ	
（予防接種を受けられる方がお子様の場合）分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	はい	いいえ	
（女性の方に）現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや、今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

【医師の記入欄】 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 （理由 ）]

保護者に対して、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した

医師サイン

【本人・（保護者）の記入欄】医師の診察・説明をうけ、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに（同意します ・ 同意しません）

本人（保護者）自署

被接種者が自署できない場合、代筆者が署名し続柄を記載 代筆者の場合・続柄（ ）

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時	
名称： インフルエンザ	皮下接種	医療機関名：	吉田小児科医院
メーカー名：	0.25ml	医師名：	吉田順子
製造番号：	0.5ml 回目	接種日時：	年 月 日

インフルエンザワクチンの予防接種をご希望の方へ

インフルエンザワクチンの接種にあたり、接種を受けられる方の健康状態を把握する必要があります。そのため予診票にできるだけ詳しくご記入の上、医師の診察をお受け下さい。なお、お子様の場合、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。

ワクチンの効果と副反応

ワクチン接種により、インフルエンザに感染しても症状が軽くすみます。また重症化や死亡を防ぐ効果が期待されます。

一方、ワクチン接種に伴う副反応として、注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなることがあります。また発熱、頭痛、からだがだるくなることがあります。非常にまれですが、次のような副反応がみられることがあります。（１）ショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管浮腫など）（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（熱性けいれんをふくむ）

（６）肝機能障害、黄疸（７）ぜん息発作（８）血小板減少性紫斑病、血小板減少（９）血管炎（IgA 血管炎、好酸球性多発血管性肉芽腫症、白血球破砕性血管炎など）（１０）間質性肺炎（１１）皮膚粘膜眼症候群（スティーブンス・ジョンソン症候群）、急性汎発性発疹性膿疱症（１２）ネフローゼ症候群。

なお、副反応による健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人または家族が、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うことになります。

予防接種をうけることができない方

- １）明らかに発熱している方（通常は 37.5℃以上）
- ２）重い急性疾患にかかっている事が明らかな方
- ３）過去にインフルエンザワクチンの接種によりアナフィラキシーを起こしたことがある方
- 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相談していただく方

- １）心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患および血液疾患などの基礎疾患がある方
- ２）過去に予防接種で接種後 2 日以内に発熱、全身性の発疹などのアレルギーを疑う症状がみられた方
- ３）過去にけいれん（ひきつけ）を起こしたことがある方
- ４）過去に免疫状態の異常を指摘されたことがある方、または近親者に先天性免疫不全症の人がいる方
- ５）間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系の病気がある方
- ６）薬の服用または食事（鶏卵、鶏肉など）で発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある方
- ７）発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている方（お子さまの場合）
- ８）かぜなどのひきはじめと思われる方
- ９）妊婦または妊娠している可能性のある方

予防接種を受けたあとは以下の点に注意して下さい

- １）接種後 30 分間は、アレルギー反応（息苦しさ、じんましん、せきなど）が起こることがありますので、医師とすぐに連絡が取れるようにしておきましょう。
- ２）副反応（接種部位の異常、発熱、頭痛、けいれんなど）の多くは 24 時間以内に出現することが知られています。接種後 1 日は体調に注意しましょう。万が一、高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- ３）接種当日の入浴は問題ありませんが、注射部位をこすることはやめましょう。
- ４）接種当日はいつも通りの生活をしましょう。接種後は接種部位を清潔に保ち、接種当日は激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。

〒2740063 千葉県船橋市習志野台 2-34-17

吉田小児科医院

院長 吉田順子

TEL 047-466-1400

経鼻弱毒生インフルエンザワクチン(フルミスト点鼻液)接種 予診票

*接種希望の方へ：太ワク内にご記入ください。

診察前の体温 度 分

住 所	〒		TEL ()	度	分
フリガナ		男・女	生年 月 日	年	月 日生
受ける人の氏名				(歳	か月)
(保護者の氏名)					

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文書を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。 注：経鼻弱毒生ワクチン(フルミスト点鼻液)はシーズン1回投与になります。	いいえ ()回目	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に()	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・ その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・ 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いわれましたか。	はい (病名) はい ・ いいえ はい ・ いいえ	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。	はい (病名)	いいえ	
これまでに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、発育障害、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。	はい (病名)	いいえ	
これまでに重度の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。	はい (年 月頃) 現在治療中 ・ 治療していない	いいえ	
これまでにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい (回くらい) (最後は 年 月頃)	いいえ	
これまでに薬や食品(ゼラチン、鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。	はい (薬、食品名)	いいえ	
近親者の中に予防接種を受けて、具合の悪くなった方はいますか。	はい (予防接種名)	いいえ	
近親者の中で先天性免疫不全症と診断された方はいますか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい (病名)	いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい (予防接種名)	いいえ	
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。	はい(予防接種名) (症状)	いいえ	
(予防接種を受けられる方がお子さまの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい (具体的に)	いいえ	
(女性の方に) 現在妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか。 または授乳していますか。注:接種後約2か月間は妊娠をしないように注意してください。	はい	いいえ	
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問がありますか。	はい (具体的に)	いいえ	

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)。

医師の署名または記名押印

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。また、本剤の接種対象者が2歳以上19歳未満であることを確認した。

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

本人の署名(もしくは保護者の署名)

理解した上で、接種することを (希望します ・ 希望しません)。

(被接種者が自署できない場合、代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載ください。)

代筆者の場合：続柄

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
名 称：フルミスト点鼻液 メーカー名：第一三共株式会社 製造番号：	点鼻 (各鼻腔0.1mL噴霧) 0.2mL	医療機関名： 医 師 名： 接 種 日 時： 年 月 日 時 分

記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。

経鼻弱毒生インフルエンザワクチン(フルミスト点鼻液)の接種をご希望の方へ

経鼻弱毒生インフルエンザワクチン(フルミスト点鼻液)の接種を実施するにあたり、接種を受けられる方の健康状態を把握する必要があります。そのため、裏面の予診票にできるだけ詳しくご記入の上、医師の診察をお受けください。

なお、お子さまの場合、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

ワクチンの効果と副反応

本ワクチンはインフルエンザウイルスを弱毒化した生ワクチンです。接種後に体の中で増えたワクチンウイルスに対する免疫ができ、インフルエンザウイルスの感染を予防します。

一方、本ワクチンの接種に伴う副反応として、鼻閉・鼻漏、咳嗽、口腔咽頭痛、頭痛などがみられることがあります。また重い副反応としてショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など)や、海外ではベル麻痺を含む脳神経障害、脳炎、けいれん(熱性けいれんを含む)、ギラン・バレー症候群(手足に力がはいらない、しびれ、食べものが飲み込みにくい、呼吸が苦しいなど)、血管炎(発熱、頭痛、倦怠感、紫斑、紅斑など)などが報告されています。

なお、副反応による健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた方また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手続きを行うことになります。

詳しくは独立行政法人 医薬品医療機器総合機構のホームページ(<https://www.pmda.go.jp/>)をご覧ください。

予防接種を受けることができない方

- 1) 明らかに発熱している方(通常は37.5℃を超える場合)
- 2) 重い急性疾患にかかっていることが明らかな方
- 3) 過去に本ワクチンに含まれている成分で、アナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のひどいじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと)を起こしたことがある方
- 4) 明らかに免疫機能に異常のある疾患をお持ちの方、免疫抑制をきたす治療を受けている方
- 5) 経口または注射の副腎皮質ホルモン剤を使用している方
- 6) 妊娠していることが明らかな方
- 7) その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した方

予防接種を受ける際に医師と相談していただく方

- 1) ゼラチン含有製剤またはゼラチン含有の食品に対して、ショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など)などの過敏症を起こしたことがある方
- 2) 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患などの基礎疾患のある方
- 3) 過去に予防接種で接種後2日以内に発熱、全身性の発疹などのアレルギーを疑う症状がみられた方
- 4) 過去にけいれん(ひきつけ)を起こしたことがある方
- 5) 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方、または近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- 6) 重い喘息のある方または喘鳴の症状のある方
- 7) 薬の服用または食事(鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のもの)で発疹が出たり、体に異常をきたしたことのある方
- 8) 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている方
- 9) 妊娠中または妊娠の可能性のある方(接種前1か月間避妊していない方)、授乳中の方
- 10) サリチル酸系医薬品(アスピリンなど)、ジクロフェナクナトリウム、メフェナム酸を服用している方

予防接種を受けた後は以下の点に注意してください

- 1) 接種後は、ショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など)が起こることがありますので、医師とすぐ連絡が取れるようにしておきましょう。
- 2) 接種当日は過激な運動は避けてください。また、健康状態に十分注意し、体調の変化、高熱などの異常な症状を呈した場合には、すぐに医師の診察を受けてください。なお、接種当日の入浴は差支えありません。
- 3) 妊娠が可能な方は、接種後2か月間は妊娠をしないように注意しましょう。
- 4) 接種後1～2週間は乳児や重度の免疫不全の方との接触を可能な限り控えましょう。

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日 () です。 当日は受付に 時 分頃 おこしください。	