

鶴田町 インフルエンザ予防接種予診票【乳幼児】
【 注射 1回目 ・ 2回目 / 点鼻 】

		診察前の体温		度	分
住 所	鶴田町大字	TEL			
フリガナ		保険証の 種 類	国 保 ・ 社 保 ・ 共 済		
氏 名			その他()		
生年月日	令和 年 月 日生 (満 歳)				男 ・ 女

質 問 事 項		回答欄		医師記入欄
今日のインフルエンザ予防接種について裏面の説明書を読みましたか。		はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。		はい	いいえ	
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。 ※点鼻はシーズン1回投与になります。		はい	いいえ	
2回目の場合、前回接種日 (月 日)				
お子さんの発育歴についておたずねします。				
出生時の体重		() g		
分娩時に異常がありましたか。		はい	いいえ	
出生後に異常がありましたか。		はい	いいえ	
乳幼児健診で異常があるといわ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	いいえ	
具体的な症状を書いてください ()				
最近1カ月以内に病気にかかりましたか。		はい	いいえ	
病名 ()				
1カ月以内に家族や友達に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。		はい	いいえ	
病名 ()				
1カ月以内に予防接種を受けましたか。		はい	いいえ	
予防接種の種類 ()				
現在、何か病気にかかっていますか。 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	
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、医師の診察を受けていますか。		はい	いいえ	
病名 ()		はい	いいえ	
その病気をみてもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。				
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。 (歳頃)		はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか。		はい	いいえ	
薬や食品（ゼラチン※、鶏卵、鶏肉及び乳製品など）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。 ※点鼻のみ		はい	いいえ	
薬・食品名 ()				
どのような具合でしたか？ ()				
インフルエンザ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。		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。		はい	いいえ	
近親者に先天性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受けて具合が悪くなった人はいますか。		はい	いいえ	
(点鼻のみ) これまでに重度の喘息などの呼吸器疾患と診断されたことがありますか。(月 日)		はい	いいえ	
現在 治療中 ・ 治療していない				
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) 被接種者（被接種者が16歳未満の場合は保護者）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、説明をした。 医師署名又は記名押印			

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。 接種を(希望します ・ 希望しません)※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。	
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。	
接種者自署 ※自署できない方は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。	

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	皮下 ・ 鼻腔内噴霧 m l	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

インフルエンザワクチンの予防接種を受ける方へ（説明書）

～よく読んでから予診票を記入しましょう～

〔ワクチンの効果と副反応〕

インフルエンザの感染を完全に阻止する効果はありませんが、発病予防や、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。高齢者では、34～55%の発病を阻止し、82%の死亡を阻止する効果があったと報告されています。6歳未満の小児では、60%の有効率が報告されています。

重大な副反応としては、まれにショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管浮腫等）があらわれることがあり、そのほとんどは接種後30分以内に生じますが、まれに接種後4時間以内（アナフィラキシーの副反応報告基準）に起こることもあります。その他、ギラン・バレー症候群、けいれん、急性在散性脳脊髄炎（ADEM）、脳症、脊髄炎、視神経炎、肝機能障害、黄疸、喘息発作、急性汎発性発疹性膿疱症等があらわれたとの報告があります。

その他、まれに接種直後から数日中に、発疹、じんましん、紅斑、掻痒等があらわれることがあります。発熱、悪寒、頭痛、倦怠感等を認めることがあります。通常、2～3日中に消失します。また、発赤、腫脹、疼痛等を認めることがあります。通常2～3日中に消失します。

〔ワクチン接種を受けることができない方〕

1. 接種当日、37.5℃以上の発熱がある方
2. 重篤な急性疾患にかかっている方
3. 予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシー状態になったことのある方
4. その他、医師が予防接種を行うことについて不適当と判断した方

〔接種前に医師に相談する必要がある方〕

1. 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患がある方
2. 過去にけいれんの既往のある方
3. 過去に免疫不全の診断を受けた方及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる方
4. 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患がある方
5. 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある方
6. （点鼻ワクチンを希望する場合）重度の喘息を有する又は喘息の症状を呈する方
7. （点鼻ワクチンを希望する場合）周囲に免疫不全患者がいる場合

〔接種を受けた後の注意点〕

1. ワクチンの接種後30分程度は安静にしてください。また、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師へ連絡してください。
2. 注射した部分は清潔に保つようにしてください。接種当日の入浴は問題ありませんが、接種部位をこすらないようにしてください。
3. 当日の激しい運動は控えるようにしてください。

〔健康被害救済制度〕

定期予防接種による副反応のために、治療が必要な場合や生活が不自由になった場合（健康被害）は、法律に定められた健康被害救済制度がありますので、子ども健康課までご相談ください。

※参照文献：「B型疾病予防接種ガイドライン」
「予防接種ガイドライン 2026年度版」