

2023年度 インフルエンザ予防接種 予診票

※太枠内を消えないペンで記入するか○で選択してください。

		診察前の 体温		. °C	
(フリガナ)		女性 ・ 男性	生年月日	(西暦)	年 月 日 (満 歳)
予防接種を 受ける人の氏名					
住 所					
学 生	学籍番号	研究室	(内線:)	教職員	所属 (内線:)
メールアドレス				連絡のつく 電話番号	- -
未成年者の保護者の同意 (18才未満の方のみ)	上記の者が本インフルエンザワクチンの接種を受けることに同意します。 保護者氏名 (自署)				(続柄:)

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『インフルエンザワクチンを接種される方へ』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。	はい	いいえ	
今回のインフルエンザワクチンは今シーズン1回目ですか？	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。(病名:) 治療(投薬など)を受けていますか。(薬の名前:) (はいの方のみ) その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	いいえ	はい	
はい	いいえ	はい	
今日体に具合の悪いところがありますか。 (症状:)	いいえ	はい	
今まで特別な病気(先天性異常、心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、脳神経の病気、 悪性腫瘍、免疫不全症、その他の病気)にかかったことがありますか。 (病名:) 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。	いいえ	はい	
はい	いいえ	はい	
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:)	いいえ	はい	
最近1ヶ月以内に、家族や友人に、インフルエンザ、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。 (病名:)	いいえ	はい	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。(予防接種名:)	いいえ	はい	
インフルエンザの予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。 (症状:)	いいえ	はい	
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がありますか。 (予防接種名:) (症状:)	いいえ	はい	
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のもの)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、 体の具合が悪くなったことがありますか。 (薬・食品の詳細:) (そのときの症状:)	いいえ	はい	
今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃 (はいの方のみ) そのとき熱が出ましたか。	いいえ	はい	
いいえ	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか。	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
(女性の方のみ) 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。 妊娠している場合、主治医に予防接種を受けることの了解を得ていますか。	いいえ	はい	
はい	いいえ	はい	
健康状態のことで医師に伝えておきたいことや、今日のインフルエンザの予防接種について、何か質問はありますか。 あれば具体的にご記入ください。()			

被接種者記入欄	
上記問診の通り申告し、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性と医薬品医療機器総合機構法に 基づく救済などについて理解した上で、 本日のインフルエンザワクチンの接種を (希望します ・ 希望しません)。 本人自署:	

医師記入欄	
以上の問診等の診察の結果、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 _____	

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施機関、医師名、接種年月日
メーカー名	0.5 mL (皮下)	実施機関: 東京大学 保健・健康推進本部
Lot No.		接種年月日: 20 年 月 日 医師名:

インフルエンザワクチンを接種される方へ

1. インフルエンザについて

季節性インフルエンザは、わが国では通常、初冬から春先にかけて毎年流行し、多くは自然に治癒する疾患ですが、肺炎、気管支炎のほか、脳症、ライ症候群、心筋炎、中耳炎等の合併症を併発して、重症になったり生命に危険が及ぶ場合があります。

2. 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なります。そのため、インフルエンザによる重症化や死亡を予防する効果が期待されます。

副反応としては、まれにワクチンの接種直後から数日中に、発疹、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫などがあらわれることがあります。全身症状として、発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、めまい、リンパ節腫脹、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、咳嗽、動悸、筋力低下など、また局所症状として接種部位に発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感、小水疱などが認められることがあります。いずれも通常2～3日で消失します。蜂巣炎(細菌による化膿性炎症)、顔面神経麻痺などの麻痺、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、ぶどう膜炎があらわれることがあります。非常にまれですが、次のような重大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など)、(10) 間質性肺炎、(11) 皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson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となります。

問い合わせ先： 独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口
電話：0120-149-931 URL：<https://www.pmda.go.jp>

3. 予防接種を受けることができない人

- ① 明らかに発熱のある人(37.5℃以上)
 - ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
 - ③ 過去にインフルエンザワクチンに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人
(他の医薬品使用でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前に医師へその旨を伝え、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相当と判断した人
- ※インフルエンザワクチン接種について、持病のある人は主治医に意見を求めてください。
接種しない方が良いと言われた人は接種できません。

4. 予防接種を受ける際に、医師への相談が必要な人

- ① 発育が遅く、医師や保健師の指導を継続して受けている人
- ② カゼなどのひきはじめと思われる人
- ③ 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
- ④ 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた人
- ⑤ 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑥ 過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- ⑦ 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
- ⑧ 薬の使用または食事(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がある人
- ⑨ 妊娠の可能性のある人

5. ワクチン接種後の注意

- ① 接種後30分間は保健センターにすぐ来られる場所にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればすぐに知らせてください。
- 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。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ④ 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。

東京大学 保健・健康推進本部

本郷地区：東京都文京区本郷7-3-1

電話：03-5841-2580

内線：22580

駒場地区：東京都目黒区駒場3-8-1

電話：03-5454-6180

内線：46180

柏地区：千葉県柏市柏の葉5-1-5

電話：04-7136-3040

内線：63040