

住所 〒	フリガナ 氏名	性別
電話番号：	年 月 日	年齢 歳

質問事項	回答欄		備考
1.インフルエンザ予防接種についての説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
2.インフルエンザ予防接種は今シーズン初めてですか	はい	いいえ	
3.今日は、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある（具体的に）	いいえ	
4.現在治療中の病気や、この 1 ヶ月にかかった病気はありますか	ある（病名： ）	いいえ	
5.今までに特別な病気（先天性異常、免疫不全、悪性腫瘍、心不全、慢性腎臓病、肝炎・肝硬変、血液疾患、脳梗塞・脳出血など）で、医師の診断を受けたことがありますか	ある（具体的に）	いいえ	
“ある”の場合、その主治医から今日の予防接種を受けていいといわれましたか	はい	いいえ	
6.気管支喘息や間質性肺炎などの呼吸器疾患と診断されたことがありますか	ある（現在治療中・完治・未治療 ）	いいえ	
7.これまでに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	
“はい”の場合、①前回受けたのはいつですか	（ 昨年 ・ 2 年前 ・ それ以前 ）	いいえ	
②インフルエンザ予防接種で具合が悪くなったことがありますか	はい（症状： ）	いいえ	
8.この 1 か月以内に、新型コロナ 以外 の予防接種は受けましたか	はい（予防接種名： ）	いいえ	
9.インフルエンザ 以外 の予防接種で具合が悪くなったことはありますか	ある（予防接種名： ）	ない	
“ある”場合、予防接種名とその時の症状をお書きください	（症状： ）		
10.今までけいれんを起こしたことがありますか	ある（ 歳ごろ 回位）	ない	
“ある”場合、けいれんの時、発熱していましたか	はい（ ℃位）・不明	いいえ	
11.薬や食品（鶏卵、鶏肉など）で強いアレルギー反応が出たことはありますか	ある（薬・食品名： ）	いいえ	
12.アルコール綿による消毒で、かぶれたり、赤くなったりしたことはありますか	ある	ない	
13.今日の予防接種（注射）はどちらの腕に希望しますか	右（左利きの方に推奨）	左	
14.女性の方に：現在妊娠していますか	はい	いいえ	
15.その他、医師に伝えておきたいことがあれば、具体的にご記入ください			

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）
本人に対し、予防接種の効果・副反応・医薬品医療機器総合機構芳に基づく救済について説明した。

医師の署名又は記名押印

小倉 祐子

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や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** ・ **接種を希望しません** ）

本人の署名

使用ワクチン名・メーカー名	接種量	実施医療機関・医師名・接種日時
インフルエンザワクチン HAワクチン LOT HA250A 使用期限 2027.07.05	皮下接種 0.5mL	実施医療機関：〒105-0022 東京都港区海岸 1-10-30 アトレ竹芝タワー棟 3F 竹芝水辺のクリニック（内科・腎臓内科） 医師名：院長 小倉誠 接種日時 2026 年 10、11、12 月 日

インフルエンザ予防接種を受けるにあたって（説明文）

◇予防効果：免疫がつくまでに 2 週間程度要し、効果が持続するのは約 5 か月間といわれています。

◇副反応：

- ① 注射のあとが、赤くはれたり痛んだりすることがありますが、通常 2 ～ 3 日で治ります。
- ② 微熱、寒気、頭痛、全身倦怠感が見られることがありますが、通常 2 ～ 3 日で治ります。
- ③ 接種後、数日から 2 週間以内に発熱、頭痛、けいれん、運動障害があらわれることが報告されています。非常に稀ながら、ショックや全身の発疹・呼吸困難などがあらわれることがあり、その際は直ちに医師の診察を受ける必要があります。

◇予防接種健康被害救済制度：

予防接種後に、極めてまれに健康被害が発生します。後遺症など生活に支障がでるような健康被害が発生し、予防接種によるものと認定された場合に、予防接種法に基づく補償給付を受けることができます。

◇インフルエンザの予防接種を受ける際の注意：

1) 接種を受ける前の注意：

接種前に、疑問点や不明なことがあれば必ず医師に質問し、十分納得した上で受けてください。予診票は事前に記入し、予防接種の当日に受付にお渡しください。

2) 予防接種を受けることができない人：

- ① 明らかに発熱（通常 37.5℃以上）している人（予診票の間 2，3）
- ② 急性の重い病気にかかっている人（予診票の間 4）
- ③ 予防接種の成分によってアナフィラキシーを起こしたことがある人（予診票の間 8）
- ④ 以前のインフルエンザ予防接種で、2 日以内に高熱や全身の発疹などの強い反応が出た人（予診票の間 7）
- ⑤ その他、医師が予防接種を受けない方がいいと判断した人

3) 予防接種を受けるときに、医師に相談する必要がある人

- ① 心臓、腎臓、肝臓、血液、その他慢性の病気で治療を受けている人（予診票の間 5）
- ② 今までにけいれんを起こしたことがある人（予診票の間 9）
- ③ 今までに免疫不全と診断されたことがある人（予診票の間 5）
- ④ 間質性肺炎や気管支喘息などの呼吸器に関する病気で治療中の人（予診票の間 6）
- ⑤ インフルエンザ予防接種の成分または鶏卵・鶏肉その他鶏由来の成分に対して、アレルギーがある人（予診票の間 10）

4) 予防接種を受けた後の注意

- ① 予防接種を受けた後 30 分間は、急な副反応がおこることがあります。その間、接種医療機関で待機するなど医師とすぐに連絡がとれるようにしてください。
- ② インフルエンザワクチンの副反応の多くは、24 時間以内に出現しますので、この間は体調に十分注意してください。副反応と思われる症状がおこった場合には、医師による診察を受けてください。
- ③ 入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすらないでください。
- ④ 接種当日は激しい運動や深酒は避けてください。