		ク内のみご記入ください。 回答欄に は、健康状態をよく把握している保証		くださし	10	診察前の体温			分			
住	所				TEL	()		_				
フ	リ ガ ナ			 男								
受問	ナる人の氏名			元 女	生年月日		年	月	日生			
(保	護者の氏名)			7,10		(歳	ヵ月)				
		質問事項			回答欄		医師記入欄					
1.	今日受ける予防	接種について説明文(裏面)を	売んで理解しましたか。	しい	ハえ			はい				
2.	今日、普段と違っ	って具合の悪いところがありま	すか。	はし	ハ 具体	いいえ						
3.		記で医師にかかっていますか。 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 _{病名} () いいえ 特に尋ねていない							
4.	最近1ヵ月以内に	 に病気にかかりましたか。		はし	ーーーー ハ _病 名	<u> </u>)	いいえ				
5.		天性異常、心臓・腎臓・肝臓・B 也) にかかったことがありますが		. は(八病名	ፈ()	いいえ				
6.		鳴卵、鶏肉、その他の鶏由来のも 、体の具合が悪くなったことが		はし薬名	,) 名・食品名	; ()	いいえ				
7.	けいれんを起こ	したことがありますか。			ハ(後は	回ぐらし 年	ハ) 月ごろ)	いいえ				
8.	今までに間質性 はありますか。	肺炎、気管支喘息などの呼吸	器系疾患と診断されたこ	とはい	۱ر			いいえ				
9.	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。	しい	ハえ ii	前回の接種(月	月 日) はい					
10.	インフルエンザ	予防接種の際に具合が悪くなっ	ったことはありますか。	はし	はい いいえ							
11.	インフルエンザ	以外の予防接種の際に具合が悪	。はい	ノ) 予防i	接種名(いいえ						
12.	1ヵ月以内に予	防接種を受けましたか。			はい 接種日(月 日) 予防接種名() いいえ							
13.	近親者に先天性	免疫不全症の方がいますか。		はし	۱,			いいえ				
14.		現者や周囲で麻しん(はしか)、風 どにかかった方はいますか。	しん、水痘(みずぼうそう)	、はい病名			いいえ					
15.	【女性の方に】現	見在妊娠していますか。		はし	٦)		いいえ					
16.		1る方が子どもさんの場合】 乳幼児健診などで異常があり。)g		(はい 具体的に()								
17.	その他、健康状具体的にご記入	態のことで医師に伝えておき ください。	たいことや質問があれば									
			医師記入欄									
		の結果、今日の予防接種は() 対して、予防接種の効果、副反応	実施できる ・ 見合わせ					いて説明	しました。			
			医師の署名又は記	名押印								
			本人(保護者)記入欄									
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することに												
署名	署名 (代筆者の場合:続柄) なお被接種者が自署 (代筆者の場合:続柄) といるでは、対象をである。 (代事者の場合:続柄 との) といるでは、対象をである。 (代事者の場合:続柄 との) といるでは、対象をである。 といるでは、対象をできます。 といるでは、といるでは、といるでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これ								は代筆者が ってください。)			
	- 使日	<u></u> 用ワクチン名			実施場所・医師	名・接種	E日時 1					
		HAワクチン[KMB]	実施場	易所:								

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
□ インフルエンザHAワクチン「KMB」	皮下接種	実施場所:
Lot No.: カルテNo.:	□ 0.5mL(3歳以上)	医師名:
(販売:Meiji Seika ファルマ株式会社)	□ 0.25mL (6ヵ月以上3歳未満)	接種日時: 年 月 日 時 分

インフルエンザHAワクチンの接種に当たって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、表面の予診票にできるだけ詳しくご記入ください。ワクチン接種を受けられる方が子どもさんの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入ください。

ワクチンの効果と副反応・

インフルエンザHAワクチンの接種により、インフルエンザを予防したり、症状を軽くすることが期待されます。また、インフルエンザによる合併症や死亡を予防することが期待されます。

一方、副反応は一般的に軽微です。注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなる、しびれる、小水疱などがみられることがありますが、数日以内に自然に消失します。また、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、咳、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、筋力低下などが起こることがあります。過敏反応として、発疹、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫などが起こることもあります。その他に蜂巣炎、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、ブドウ膜炎、振戦が現れることがあります。強い卵アレルギーなどのある方は強い過敏反応を生じる可能性がありますので、接種前に必ず医師に申し出てください。重大な副反応としては、次のような副反応が起こることがあります。(1) ショック、アナフィラキシー(蕁麻疹、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ど。その他にも不明・不安な症状が現れたり、これらの疾患が疑われるような場合には、接種医又はお近くの医療機関にご相談ください。

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℃以上の人)
- 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HAワクチンの接種を受けて、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、全身性の蕁麻疹などを伴う重症のアレルギー反応)を起こしたことがある人なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて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適当と判断した人

予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない人。

- 1. 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
- 2. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
- 3. 過去に予防接種を受けた時に、2日以内に発熱、発疹、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常がみられた人
- 4. 薬の投与又は食事(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のある人
- 5. 過去にけいれんを起こしたことがある人
- 6. 過去に免疫不全の診断がなされている人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- 7. 妊娠の可能性がある人
- 8. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器疾患のある人

予防接種を受けた後の注意 =

- 1. インフルエンザHAワクチンの接種を受けたあと30分間は、急な副反応(息苦しさ、蕁麻疹、咳など)が起きることがあります。 医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐ連絡をとれるようにしておきましょう。
- 2. 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。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- 3. 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ることはやめましょう。
- 4. 万一、高熱やけいれん等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。

医療機関名	月 日()			月	日(,)	医療機器
川名	当日は受付に 時 分頃 おこしください	<u>د</u>	当日は受付	ま 受付に 時	分頃 ā	おこし	しください	名

インフルエンザHAワクチンの任意の接種については、ワクチンを適正に使用したにもかかわらず、その副反応により入院治療が必要になるほど重篤な健康被害が生じた場合は、健康被害を受けた人又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、救済手続きを行う制度があります。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をご覧ください。問合せ先は右記のとおりです。

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 〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル

電話: 0120-149-931 (フリーダイヤル)

URL: https://www.pmda.go.jp/relief-services/adr-sufferers/0020.html

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、□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) 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。

	<i>t</i> .	なたの技	接種予定日	医療機関名
月 日()です。		日 () です。		
	当日は受付に	時	分頃 おこしください。	

経鼻弱毒生	インフルコ	_ンサリクチン	(ノ)	レミ	スト点	科	仪)接机	里	ずる	沙 宗
*接種希望の方へ:太ワ	7ク内にご記入くださ	5610		診	察前の体温			度		分
住 所	₸				TEL ()		_		
フリガナ			男							
受ける人の氏名			· 女	生年月日			年	月		日生
(保護者の氏名)		טמ			(苊	₹ 7	か月)		
	質問事項		回答欄					医	師記2	
今日受ける予防接種に	ついて説明文書を記	売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注:経鼻弱毒生ワクチン(フ			いいえ ()回目 はい							
今日、体に具合の悪いと	ところがありますか。)	はい 具体的に	:()	いいえ			
現在、何かの病気で医的 ・その場合、治療(投薬など) ・その病気の主治医には、今	を受けていますか。		はい (病名) はい ・ いいえ いいえ はい ・ いいえ							
最近1か月以内に病気(こかかりましたか。		はい (病名)	いいえ			
これまでに特別な病気(心障害、その他の病気)にか		・血液疾患、免疫不全症、発育 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 ^は ますか。	などの呼吸器系疾患	患と診断されたことがあり	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(† 出たり、体の具合が悪く		肉など)で皮膚に発疹が ますか。	はい (薬、食品	名)	いいえ			
近親者の中に予防接種を	を受けて、具合の悪・	くなった方はいますか。	はい (予防接続	重名)	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* おたふくかぜなどにかか		しん、水痘(みずぼうそう)、 。	はい (病名)	いいえ			
最近1か月以内に予防打	接種を受けましたか	No.	はい (予防接続	重名)	いいえ			
これまでに予防接種を受	をけて、具合が悪くな	ったことがありますか。	はい(予防接種名) いいえ (症状)							
(予防接種を受けられる 児健診などで異常があ		合) 分娩時、出生時、乳幼	はい (具体的に) いいえ							
		っている可能性がありますか。 娠をしないように注意してください。	はいいえ							
その他、健康状態のこと 接種について質問があ		きたいことや今日の予防	はい (具体的)	<u>ت</u>)	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。										
		や副反応の可能性などにつ		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 (被接種者が自署できない	· ·									
使用ワクチ	実施場所・医師名・接種日時									
名 称:フルミスト	医療	 機関名:			,,,,,,,,					
メーカー名:第一三共材		点鼻 (各鼻腔0.1mL噴霧)		~ 名: 而 名:						
製造番号:		0.2ml	. 接種	日時:	年		月(∃	時	分