

インフルエンザ予防接種予診票

(13歳以上で保護者が同伴しない場合用)

インフルエンザ予防接種を受けるに当たっての説明

保護者の方へ：必ずお読みください。

※【13歳以上のお子様をお持ちの保護者の皆様へ】

通常、お子様の予防接種の実施に当たっては、保護者の同伴が必要ですが、13歳以上の方への予防接種については、保護者がこの予診票の記載事項を読み、理解し、納得してお子様へ予防接種を受けさせることを希望する場合に、この予診票に自ら署名することによって、保護者が、同伴しなくてもお子様は予防接種を受けることができます。(当日はこの用紙を必ず持参させてください。)

この予診票に署名するに当たっては、接種させることを判断する際に、疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医やお住まいの区の保健福祉センター（保健所）に確認して、十分納得したうえで、接種させることを決めてからにしてください。

1 インフルエンザとは

インフルエンザは、インフルエンザウイルスに感染することによって起こる病気です。38℃以上の発熱、頭痛、関節痛、筋肉痛、全身倦怠感等の症状が比較的急速に現れるのが特徴です。併せて普通の風邪と同じように、のどの痛み、鼻汁、咳等の症状も見られます。お子様ではまれに急性脳症を、御高齢の方や免疫力の低下している方では二次性の肺炎を伴う等、重症になることがあります。

2 インフルエンザワクチンについて

(1) インフルエンザワクチンの有効性

インフルエンザ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。

(2) インフルエンザワクチンの副反応

予防接種の注射の跡が、赤みを帯びたり、はれたり、痛んだりすることがあります。また、わずかながら熱が出たり、寒気がしたり、頭痛、全身のだるさなどがみられることもありますが、通常これらは2～3日のうちに治ります。

その他に、強い副反応として接種後数日から2週間以内に発熱、頭痛、けいれん、運動障がい、意識障がいの症状が現れる等の報告があります。非常にまれですが、ショックやじんましん、呼吸困難などが現れることもあります。

また、予防接種と同時に、他の病気がたまたま重なって現れることがあります。予防接種を受けた後、このような接種した部位の異常な反応や、体調の変化などが現れたら、速やかに医師（医療機関）の診察を受けてください。

そのほか、分からない時はかかりつけ医やお住まいの区の保健福祉センター（保健所）にお尋ねください。

3 予防接種による健康被害救済制度について

任意の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障が出るような障がいを残すなどの健康被害が生じた場合には、医薬品副作用被害救済制度の給付を受けられる場合があります。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等をご覧ください。

4 接種に当たっての注意事項

予防接種の実施においては、体調の良い日に行うことが原則です。お子様の健康状態が良好でない場合には、かかりつけ医等に相談の上、接種するか否かを決めてください。

また、お子様が以下の状態の場合には予防接種を受けることができません。

- ① 明らかに発熱（通常37.5℃以上をいいます）がある場合
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな場合
- ③ インフルエンザワクチンの接種液に含まれる成分で、アナフィラキシー（通常接種後約30分以内に起こるひどいアレルギー反応のこと）を起こしたことがある場合
- ④ インフルエンザに現在かかっている場合
- ⑤ その他、医師が不適当な状態と判断した場合

なお、妊娠中若しくは妊娠している可能性がある場合は、原則接種できません。予防接種の有益性が危険性を上回ると判断した場合のみ接種できます。

5 接種を受けた後の注意事項

- ① 接種後に、重いアレルギー症状を起こすことがあるので、接種後はすぐに帰宅せず、少なくとも30分間は安静にしてください。
- ② 接種後1週間は副反応の出現に注意しましょう。
- ③ 接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
- ④ 当日は、はげしい運動は避けましょう。
- ⑤ 接種後、高熱やけいれん、接種部位の大きなはれなど異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかに医師の診察を受けましょう。

保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

上記の内容をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。
保護者が同伴しない場合は、下記の同意欄と別紙の予診欄に署名（質問事項にもすべて記入）して、予防接種を受けてください。

同意欄（保護者が同伴しない場合）

接種させることを決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。（署名がなければ予防接種は受けられません。）
接種を希望しない場合には、自署欄には何も記載しないでください。

インフルエンザの予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解したうえで、子どもに接種させることに同意します。

なお、本説明書は、保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上、本様式が市町村に提出されることに同意します。

保護者自署

住 所

緊急の連絡先

※ この同意欄は、インフルエンザの予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。
お子様が1人で予防接種を受ける場合は必ずこの予診票を提出させるようにしてください。
予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。別紙の予診欄にも署名が必要です。

新型コロナウイルス感染症対策

接種を受ける前に 新型コロナウイルス接触確認アプリ（COCOA）インストールをお願いします。
(保護者の方のスマートフォンへもインストールをお願いします。)

- 厚生労働省は、新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため、「新型コロナウイルス接触確認アプリ（COCOA）」を開発しました。スマートフォンにインストールして、利用いただきますようお願いいたします。
- このアプリは、利用者ご本人の同意を前提に、スマートフォンの近接通信機能（Bluetooth）を利用して、お互いに分からないようプライバシーを確保して、新型コロナウイルス感染症の陽性者と接触した可能性について、通知を受けることができます。
- 利用者は、陽性者と接触した可能性が分かることで、検査の受診など保健所のサポートを早く受けることができます。利用者が増えることで、感染拡大の防止につながることを期待されます。

App Store または Google Play で「接触確認アプリ」で検索してインストールしてください。



(App Store)



(Google Play)



新型コロナウイルス接触確認アプリ
について（厚労省 HP）



住所	福岡市 区			
ふりがな(必須)		男	生年月日	平成 年 月 日生
氏名		女		(満 歳 か月)
保護者の氏名		電話番号	()	

質問事項	回答欄		医師記入欄
①診察前の体温	度 分		
②今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
③あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 ・未熟児(出生体重: g)で生まれたり、分娩時や出生後に異常がありましたか。	あった	なかった	
・その後の発育に異常があるといわれたことがありますか。(乳幼児健診も含めて)	ある	ない	
④今日、体に具合の悪いところがありますか。あれば○印をつけてください。 (熱、咳、鼻汁、下痢、その他)	はい	いいえ	
⑤最近1か月以内に病気にかかりましたか。あれば○印をつけてください。 (麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ、突発性発しん、その他)	はい	いいえ	
⑥1か月以内に家族や友人に病気の方がいましたか。あれば○印をつけてください。 (結核、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ、その他)	はい	いいえ	
⑦1か月以内に(BCG、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ、その他) の予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
⑧生まれてから今までに特別な病気(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たことがありますか。 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よいと言われましたか。	いいえ	はい	
⑨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	
・その時に熱が出ましたか。(およそ 度 分)	はい	いいえ	
⑩薬や食品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。 (卵、薬、その他)	はい	いいえ	
⑪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。病名()	はい	いいえ	
⑫これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 予防接種名() 症状(熱、嘔吐、発しん、注射部位のはれ、その他)	はい	いいえ	
⑬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	
⑭今日の予防接種について質問がありますか。その内容()	はい	いいえ	

【医師記入欄】 診察所見 咽頭(異常なし口、) 胸部(異常なし口、) その他()
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる ・ 見合わせた方がよい)と判断します。
本人(未成年の場合は保護者)に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品副作用被害救済制度について説明をしました。

医師の署名又は記名押印

【保護者の同意欄】

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) ※かっこ内のどちらかを○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。
保護者(接種を受ける人が既婚者の場合は本人)の自署

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限がきれていないか要確認	(皮下接種) 0.5 mL	医療機関名	福岡市中央区舞鶴3-2-1 まいづる内科クリニック

医療機関でこの予診票をコピーし、福岡市提出用、医療機関控え、本人控えとしてください