インフルエンザ予防接種予診票

Influenza Vaccination (Flu Shot) – Medical History

*お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入ください。Guardians with adequate			診察前の体 温 Body temperature before exam	$^{\circ}$	
受ける人の名前 Name of patient	アルファベットでご記入下さい(In alphabet)	性別 Sex	□Male 男	□ Female 女	
(保護者の氏名) (Guardian's name)		生年月日 Date of Birth	day ∃	month 月 yea	ar 年

質問事項	回答欄		医師記入欄
Questions	Answers	Doctor's Notes	
1 今日受ける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 No	□はい	
Did you read and understand the explanation about the vaccination		Yes	
you are about to receive today?			
2 今日、体に具合の悪いところがありますか	□ ある Yes	□ない	
Are you feeling sick today at all?	2 0 0 0	No	
3 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	□ はい Yes	□いいえ	
Are you currently going to the doctor for any sort of illness?	LI VAV ICS	No	
・治療(投薬など)を受けていますか	□はい Yes	□いいえ	
Are you receiving treatment (medication, etc)?		No	
・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	□ いいえ No	□はい	
たか。Did the doctor treating you say it was fine to get the influenza		Yes	
vaccination?			
4 この1ヶ月以内に病気にかかりましたか	□はいYes	□いいえ	
Have you been sick in the last month?		No	
5 薬や食品で皮膚に発しんやじんましんがでたり、体の具合が悪くなったこ	□ ある Yes	□ない	
とがありますか	薬または食品の名前	No	
Have you ever had a rash, hives, or other reaction to certain	Medicine or food name:		
edicines or foods?	□卵 eggs □鶏肉 chicken		
	□その他 other		
6 インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	□はい Yes	□いいえ	
Have you ever had an influenza vaccination before?		No	
・その際に具合が悪くなったことはありますか	□はい Yes	□いいえ	
Have you ever felt sick after receiving the influenza vaccination?		No	
7 これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったこと	□ ある Yes 予防接種名 Name of	□いいえ	
いありますか	vaccination	No	
Have you ever felt sick after receiving a vaccination other than			
fluenza vaccination? 8 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがあり			
8 心臓病、背臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか Have you ever been diagnosed with the chronic illness related to	□はいYes	□いいえ	
cardiovascular, kidney, liver or blood disease?		No	
,	□kidneys 腎臓		
	□liver肝臓		
フェウケッングアンコートロップは特性とのリーノル・コーノーン	□blood disease 血液疾患		
・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。 Pidth a destruction of the control of the co	□ いいえ No	□はい V	
たか。Did the doctor treating you say it was fine to get the influenza vaccination?		Yes	
9 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	□ ある Yes回 times 最後は年	口ない	
Have you ever had a seizure (convulsions:抽搐/痙攣)?	日める les <u></u> 国 times 取及は <u></u> 牛 月頃	No No	
nave you ever flad a seizure (convuisions.抽油/型手)!	The last one was year month	INO	
40 4 日の中央機能をついるとい			
10 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	□ はい Yes 予防接種名 Name of	□いいえ	
Have you received any vaccinations in the last month?	vaccination	No	
		<u> </u>	
11 (女性の方に)現在妊娠していますか	□はい Yes	□いいえ	
(Women only) Are you currently pregnant?		No	
			I

12 その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、ご記入		
ください。If there are any other things about your health that you		
want to tell the doctor, please write them here.		
Doctor: Based on the consultation, this patient is [able / not able] to have an		Doctor's sign
influenza vaccination today.		

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な
どについて理解した上で、接	種を希望しますか。	

After an examination with the doctor, I have heard and understood the doctor's explanation about the vaccination, its effects and purpose, and the possibility of serious side effects.

□接種を希望します Yes, I want to receive the vaccination □接種を希望しません No, I do not want to receive the vaccination

本人の署名(または保護者の署名)

Patient's Signature (Guardian's Signature)

自書できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続 柄を記載。

*Patients that are not able to write themselves must have a representative sign and state their relationship to the patient.

Vaccine	Lot No / Exp date	Place/Doctor's name/Date		
☐ Influvac Tetra (Abbott)	Lot No: Exp date:	Place :		
☐ Flu Mist (Astra Zeneca)	Lot No: Exp date:	Dr's name : Date :		
		Time:		

インフルエンザワクチンの接種について

インフルエンザの予防接種を実施するに当たって、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、予診票に出来るだけ詳しくご記入ください。お子さんの場合には、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]

予防接種により、インフルエンザの発病を阻止したり、インフルエンザによる合併症や死亡など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、しびれることがありますが通常は2~3日で消失します。発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、めまい、リンパ腫膨張、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛なども起こることがありますが通常は、2~3日で消失します。過敏症として、発しん、じんましん、湿しん、紅斑、多形紅斑、かゆみなども起こります、その他に、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢系ニューロパチー、ぶどう膜炎があらわれることがあります。強い卵アレルギーのある方は、重篤な副反応を生じる可能性がありますので必ず医師に申し出て下さい。非常にまれですが、次のような副反応が起こることがあります。(1)ショック、アナフィラキシー様症状(じんましん、呼吸困難など)、(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)ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)、(4)けいれん(熱性けいれんを含む)、(5)肝機能障害、黄疸、(6)喘息発作、(7)血小板減少性紫斑病、血小板減少、(8)血管炎(アレルギー性紫斑病、アレルギー性肉芽腫性血管炎、白血球破砕性血管炎等)、このような症状が認められたり、疑われた場合は、すぐに医師に申し出てください。

[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ワクチンの接種を受けて、アナフィラキシー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を判断した人

[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 かぜなどのひきはじめと思われる人
- 4 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱のみられた人及び発しん、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた人
- 5 薬の投与又は食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんがでたり、体に異常をきたしたことのある人
- 6 今までのけいれん(ひきつけ)を起こしたことがある人
- 7 過去に本人や近親者で検査によって免疫状態の異常を指摘されたことのある人
- 8 妊娠している人
- 9 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人

[ワクチン接種後の注意]

- 1 インフルエンザワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応が起きることがあります。様子を観察し、必要があれば直ちに医師に連絡しましょう。
- 2 接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の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。
- 3 接種当日は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。
- 4 万一、高熱やけいれん等の異常な症状がでた場合、速やかに医師の診察を受けてください。

The Influenza Vaccination

In order to administer the influenza vaccination (or flu shot) to a patient, we must first know the patient's health condition, so please fill out the medical history sheet as thoroughly as possible. A guardian with adequate knowledge of their child's health condition may fill out the form for their child.

Effects and Side Effects of the Vaccination

With the vaccination, it is possible to prevent influenza and the complications and deaths associated with the influenza virus. Generally, side effects are mild. The injection site may redden, become swollen, become hard, feel hot, hurt, or feel numb, but these symptoms normally disappear within 2-3 days. You may also experience fever, chills, headaches, lethargy, temporary loss of consciousness, dizziness, swollen lymph nodes, vomiting or nausea, stomachaches, diarrhea, loss of appetite, joint pain, and/or muscular pain, but these symptoms normally disappear within 2-3 days. An oversensitivity to the vaccination may lead to rashes, hives, eczema, erythema, erythema multiforme, and/or itchiness, as well as facial palsy and other forms of paralysis, peripheral neuropathy, and/or uveitis. Please tell your doctor if you have a strong allergy to eggs, as there is the possibility of serious side effects. The following side effects are extremely rare but have been known to occur: 1) shock, anaphylactic reaction (hives, difficulty breathing, etc), 2) acute disseminated encephalomyelitis (fever, headaches, seizures, impaired mobility, impaired consciousness, etc, within 2 weeks after receiving the vaccination), 3) Guillain-Barre syndrome (numbness in both hands or feet, difficulty walking, etc), 4) seizures (including fever convulsions), 5) liver function impairment, jaundice, 6) emergence of asthma symptoms, 7) thrombocytopenic purpura, decrease in platelets, 8) vasculitis (allergic purpura, allergic granulomatous angiitis, leukocytoclastic vasculitis, etc). Please tell your doctor if you have any symptoms corresponding to the above side effects.

Patients that cannot receive the influenza vaccination:

- 1 Patients found with a high fever (above 37.5° C)
- 2 Patients found to be suffering from a serious acute illness
- 3 Patients who have had an anaphylactic reaction to the influenza vaccination in the past Additionally, patients who have had an anaphylactic reaction to any administered or prescribed medicine in the past must tell their doctors before receiving the influenza vaccination.
- 4 Any other person determined by their doctor to be unable to receive the vaccination

Patients that must consult with their doctor before receiving the influenza vaccination:

- 1 Patients with heart disease, kidney disease, liver disease, blood disease, or other serious illness
- 2 Patients with delayed development and receiving care from their doctor and health nurses
- 3 Patients recovering from a cold or other illness
- 4 Patients that had a fever within two days of a vaccination, or allergic complications like rashes or hives
- 5 Patients who have experienced rashes on the skin from medicine or food (containing chicken eggs or chicken meat), or otherwise felt unwell
- 6 Patients who have experienced seizures (convulsions) in the past
- 7 Patients who have been diagnosed with or have had relatives diagnosed with immunodeficiencies in the past 8 Pregnant women
- 9 Patients with interstitial pneumonia, bronchial asthma, or other types of respiratory illnesses

Caution - Please Read

- 1 You may experience sudden side effects in the 30 minutes after receiving the influenza vaccination. Please observe your symptoms and promptly contact a doctor if necessary.
- 2 Keep the injection site clean and hygienic. You may use the shower or bath the same day you have been vaccinated but do not rub, scratch, or scrub the injection site.
- 3 Continue your daily routine on the day of the vaccination. Avoid extreme exercise or over-consumption of alcohol.
- 4 In the small chance that you experience a high fever, seizures, or other serious side effects, please consult a doctor as soon as possible.