

インフルエンザ予防接種予診票 流感疫苗接种就诊表

*希望接種者：请填写下表。 接種希望の方へ：太ワク内にご記入ください。

*儿童则由掌握其健康状况的监护人填写。

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をご記入ください。

診察前体温 診察前の体温	℃
-----------------	---

地址 住所	TEL	
接種者姓名 受ける人の名前	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
(监护人姓名) (保護者の氏名)	出生年月日 生年月日	年 月 日 (岁 个月 日)

問題 質問事項	回答欄 回答欄	医师填写栏 医师記入欄
1. 是否已经阅读并理解今天所要注射疫苗的说明书? 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	<input type="checkbox"/> 没有 いいえ	<input type="checkbox"/> 是的 はい
2. 今天本季度第一次接种流感疫苗吗? 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	<input type="checkbox"/> 不是 いいえ 第_____回 上次接种为前回の接種は _____月_____日	<input type="checkbox"/> 是的 はい
3. 今天, 有感觉身体不适吗? 今日、体に具合の悪いところがありますか	<input type="checkbox"/> 是的 ある	<input type="checkbox"/> 没有 ない
4. 现在有患其他疾病并且就医吗? 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	<input type="checkbox"/> 是的 はい	<input type="checkbox"/> 没有 いいえ
・是否在接受治疗(用药等)? 治療(投薬など)を受けていますか	<input type="checkbox"/> 是的 はい	<input type="checkbox"/> 没有 いいえ
・主治医师是否建议今天可以接种疫苗? 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か。	<input type="checkbox"/> 否 いいえ	<input type="checkbox"/> 是的 はい
5. 最近1个月内是否患病? 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか	<input type="checkbox"/> 是的 はい	<input type="checkbox"/> 否 いいえ
6. 至今是否患过特殊疾病并就医? 今までに特別な病気にかかり医師の診察を受けていますか	<input type="checkbox"/> 是的 はい <input type="checkbox"/> 心脑血管 心臓血管系 <input type="checkbox"/> 肾脏 腎臓 <input type="checkbox"/> 肝脏 肝臓 <input type="checkbox"/> 血液疾病 血液疾患 <input type="checkbox"/> 免疫系统不全症 免疫不全症	<input type="checkbox"/> 否 いいえ
7. 是否被诊断有间歇性肺炎或者支气管哮喘等呼吸系统疾病, 现在处于治疗中? 間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか	<input type="checkbox"/> 是的 はい _____年 _____月左右 頃 <input type="checkbox"/> 现在治疗中 現在治療中 <input type="checkbox"/> 没有治疗 治療していない	<input type="checkbox"/> 否 いいえ
8. 至今是否发生过痉挛(抽搐)? 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	<input type="checkbox"/> 有 ある _____次左右 回ぐらい 最后一次是 最後は _____年 _____月左右 頃	<input type="checkbox"/> 无 ない
9. 是否有药品或者食品引起的皮肤发疹或者荨麻疹, 身体不适的情况? 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とがありますか	<input type="checkbox"/> 有 ある 药品或者食品名称 薬または食品の名前 <input type="checkbox"/> 鸡蛋 卵 <input type="checkbox"/> 鸡肉 鶏肉 <input type="checkbox"/> 其他 --- その他	<input type="checkbox"/> 无 ない
10. 近亲中是否有患先天性免疫系统不全者? 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ
11. 1个月内, 家人或者周围是否有人患麻疹、风疹、水痘、流行性腮腺炎等? 1ヶ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	<input type="checkbox"/> 有 いる <input type="checkbox"/> 麻疹 麻しん <input type="checkbox"/> 风疹 風しん <input type="checkbox"/> 水痘 水痘 <input type="checkbox"/> 流行性腮腺炎 おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 无 いない
12. 1个月内是否接种过疫苗? 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	<input type="checkbox"/> 有 はい 接种疫苗名称 _____ 予防接種名	<input type="checkbox"/> 否 いいえ
13. 至今为止, 是否有接种疫苗造成身体不适的情况? これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか	<input type="checkbox"/> 有 ある 接种疫苗名称 予防接種名 <input type="checkbox"/> 流感疫苗接种 インフルエンザ予防接種 <input type="checkbox"/> 其他 --- その他	<input type="checkbox"/> 无 ない
14. (女性) 现在是否怀孕中? (女性の方に) 現在妊娠していますか	<input type="checkbox"/> 是的 はい	<input type="checkbox"/> 否 いいえ
15. (接种者为儿童时) 在分娩、出生婴幼儿健康检查时是否有异常? (予防接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	<input type="checkbox"/> 有 ある <input type="checkbox"/> 分娩时 分娩時 _____ <input type="checkbox"/> 出生时 出生時 _____ <input type="checkbox"/> 婴幼儿健康检查 _____ 乳幼児健診	<input type="checkbox"/> 无 ない
16. 如有其它想要传达给医生的健康状况相关事宜, 请填写。 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、具体的に書いてください。		

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) 医师签名或者印章
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合 医師の署名又は記名押印
機構法に基づく救済について、説明した。

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をご記入ください。

[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。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、白血球破碎性血管炎等)、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下さい。なお、健康被害(入院が必要な程度の疾病や障害など)が生じた場合については、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こととなります。

[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がある人
- 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してき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。医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐに連絡がとれるようにしておきましょう。
- 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。

关于流感疫苗接种

在接种流感疫苗之前，需要掌握接种者的健康状况。因此，请尽可能详细的填写予诊表。接种者为儿童时，由掌握其健康状况的监护人填写。

[疫苗的效果和副作用]

通过接种预防疫苗，有望阻止流感的发病，预防由流感引起的并发症以及死亡等。

副作用一般很轻微。注射部位发红、肿、变硬、发烧、疼痛、麻痹等现象一般会在2~3天之内消失。也有发热、身上发冷、头痛、疲倦感、昏厥、头晕、淋巴肿胀、呕吐·恶心、腹痛、腹泻、食欲减退、关节痛、肌肉痛等情况，一般会在2~3天之内症状消失。过敏的症状表现为发疹、荨麻疹、湿疹、红斑、多形红斑、发痒等，另外，还可能出现面部神经麻痹等麻痹，末梢神经损坏，葡萄膜炎等症状。对于鸡蛋过敏严重者，可能产生严重的副作用，请务必告知医生。还有可能发生下述副作用，但是概率很低。(1)休克、过敏性症状(荨麻疹、呼吸困难等)、(2)急性散在性脑脊髓炎(接种后几日开始，2周以内出现的发烧、头痛、痉挛、运动障碍、意识障碍等)(3)格林-巴利综合症(两手脚麻痹、步行障碍等)、(4)痉挛(包括热性痉挛)、(5)肝功能障碍、黄疸、(6)哮喘发作、(7)血小板减少性紫斑病、血小板减少、(8)血管炎(过敏性紫斑病、过敏性肉芽肿性血管炎、白血球破碎性血管炎等)，如果出现上述症状或者类似症状，请立刻告知医生。另外，发生健康受损(需要入院治疗的疾病或者障碍等)的情况下，健康受损者或者其家人，可以根据独立行政法人医药品医疗器械综合机构法办理救济手续。

[不能接种预防疫苗者]

- 1 有明显的发烧症状(37.5℃以上者)
- 2 确诊患有严重急性疾病者
- 3 过去接种流感疫苗，曾发生过敏性反应者。

另外，对于有过医药品过敏性反应者，在接种之前需要告知医生，由医生进行判断。

- 4 其他，医生认为不适合接种预防疫苗者。

[接种疫苗时，必须向医生进行咨询者]

- 1 患有心脏病、肾病、肝病以及血液疾病等人
- 2 发育迟缓，正在接受医生、保健师的指导者
- 3 可能刚刚患感冒者等
- 4 在接种疫苗后，2日之内出现发热者以及疑似出现发疹、荨麻疹等过敏性异常反应者
- 5 曾经由于药物或者食物(鸡蛋、鸡肉等)引起过皮肤发疹、身体出现异常者
- 6 曾经出现过痉挛(抽搐)者
- 7 过去本人或者近亲检查发现有免疫系统异常者
- 8 孕妇
- 9 患有间质性肺炎、支气管哮喘等呼吸系统疾病者

[接种疫苗后的注意事项]

- 1 在接种流感疫苗后30分钟内，可能产生急性副作用。请留在医疗机关进行观察，并保持立刻与医生取得联系的状态。
- 2 保持接种部位的清洁。接种当天可以洗澡，需要避免搓洗接种部位。
- 3 接种当天可以正常活动，但要避免剧烈运动以及过度饮酒。
- 4 如果出现高烧或者痉挛等异常症状，请迅速接受医生的诊察。