

인플루엔자 예방접종 예진표

インフルエンザ予防接種予診票 (韓国語)

*붉은 선 안을 기입해 주십시오. 接種希望の方へ：太ワク内にご記入ください。

*어린이일 경우에는 건강상태를 잘 파악하고 있는 보호자가 기입하시기 바랍니다. 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。

진찰전의 체온 診察前の体温	℃
-------------------	---

주소 住所	전화번호 電話番号		
접종자의 성함 受ける人の名前	성별 性別	<input type="checkbox"/> 남 男	<input type="checkbox"/> 여 女
(보호자 성명) (保護者の氏名)	생년 월일 生年月日	년 年 월 月	일 日 일(세 歳 개월 ヶ月)

질문 사항 質問事項	회답란 回答欄	의사 기입란 医師記入欄
1 오늘 받을 예방접종에 대한 설명문을 읽고 이해가 되었습니까? 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"/> 아뇨 いいえ	<input type="checkbox"/> 예 はい
2 오늘 받을 인플루엔자 예방접종은 이 계절에 들어서 첫번째입니까? 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"/> 아뇨 いいえ 이것은 _____ 번째回目 지난번의 접종은 前回の接種は _____ 월 月 _____ 일 日.	<input type="checkbox"/> 예 はい
3 오늘 몸 상태가 나쁜 곳이 있습니까? 今日、体に具合の悪いところがありますか	<input type="checkbox"/> 예 ある	<input type="checkbox"/> 아뇨 ない
4 현재 무슨 병으로 치료를 받고 있습니까? 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	<input type="checkbox"/> 예 はい	<input type="checkbox"/> 아뇨 いいえ
· 치료 (투약 등) 를 받고 있습니까? 治療(投薬など)を受けていますか	<input type="checkbox"/> 예 はい	<input type="checkbox"/> 아뇨 いいえ
· 그 병의 주치의는 오늘 이 예방주사를 받아도 된다고 했습니까? 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"/> 아뇨 いいえ	<input type="checkbox"/> 예 はい
5 최근 1개월 이내에 무슨 병에 걸렸습니까? 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか	<input type="checkbox"/> 예 はい	<input type="checkbox"/> 아뇨 いいえ
6 현재까지 특별한 병으로 의사의 진찰을 받고 있습니까? 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"/> 예 はい <input type="checkbox"/> 심장 혈관 계통 心臓血管系 <input type="checkbox"/> 신장 腎臓 <input type="checkbox"/> 간장 肝臓 <input type="checkbox"/> 혈액 질환 血液疾患 <input type="checkbox"/> 면역 부전증 免疫不全症	<input type="checkbox"/> 아뇨 いいえ
7 간질성 폐염이나 기관지 천식 등의 호흡기 계통 질환으로 진단을 받고 현재 치료 중입니까? 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"/> 예 はい _____ 년 年 _____ 월 月 頃 <input type="checkbox"/> 현재 치료 중 現在治療中 <input type="checkbox"/> 치료를 안 받고 있음 治療していない	<input type="checkbox"/> 아뇨 いいえ
8 지금까지 경련 (경풍) 을 일으킨 적이 있습니까? 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"/> 예 ある _____ 번 정도 回ぐらい 마지막은 最後は _____ 년 年 _____ 월 月 頃	<input type="checkbox"/> 아뇨 ない
9 약이나 식품으로 피부에 발진이나 두드러기가 나타나 몸의 상태가 나빠진 적이 있습니까? 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"/> 예 ある 약 또는 식품의 이름: 薬または食品の名前 <input type="checkbox"/> 계란 卵 <input type="checkbox"/> 닭고기 鶏肉 <input type="checkbox"/> 그 외 その他	<input type="checkbox"/> 아뇨 ない
10 가까운 친척중에 선천성 면역 부전이라고 진단을 받은 분이 있습니까? 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"/> 예 はい	<input type="checkbox"/> 아뇨 いいえ
11 1개월 이내에 가족이나 주위에 홍역, 풍진, 수두, 유행성 이하선염(항아리손님) 등을 앓은 분이 있습니까? 1개월 이내에 가족이나 주위에 麻疹、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"/> 예 いる <input type="checkbox"/> 홍역 麻しん <input type="checkbox"/> 풍진 風しん <input type="checkbox"/> 수두 水痘 <input type="checkbox"/> 유행성 이하선염 おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 아뇨 いない
12 1개월 이내에 예방접종을 받았습니까? 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	<input type="checkbox"/> 예 はい 예방접종 명 予防接種名	<input type="checkbox"/> 아뇨 いいえ
13 지금까지 예방접종을 받고 몸 상태가 나빠진 적이 있습니까? 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"/> 예 ある 예방접종명 予防接種名 <input type="checkbox"/> 인플루엔자 예방접종 インフルエンザ予防接種 <input type="checkbox"/> 그 외 その他	<input type="checkbox"/> 아뇨 ない
14 (여성분에게) 지금 임신하고 있습니까? (女性の方に) 現在妊娠していますか	<input type="checkbox"/> 예 はい	<input type="checkbox"/> 아뇨 いいえ
15 (예방 접종을 받을 분이 어린이일 경우) (予防接種を受けられる方がお子さんの場合) 분만시, 출생시, 유아검진 등에서 이상이 있었습니까? 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"/> 예 ある <input type="checkbox"/> 분만시 分娩時 _____ <input type="checkbox"/> 출생시 出生時 _____ <input type="checkbox"/> 유아검진 乳幼児健診 _____	<input type="checkbox"/> 아뇨 ない
16 그 외에 건강상태에 관해서 의사에게 알려줄 필요가 있는 것이 있으면 구체적으로 써 주십시오. 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) **医師の署名又は記名押印**
 本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応及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。

의사의 진찰과 설명을 듣고 예방 접종 의 효과와 목적, 위독해질
 부반응의 가능성 등에 관해서 이해를 한 상황에서, 접종하기를
 희망합니까?
 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。
 接種을 희망합니다 接種を希望します
 接種을 희망하지 않습니다 接種を希望しません

본인의 서명 (또는 보호자의 서명)
 本人の署名(または保護者の署名)
 *접종자가 자필이 안 될 경우는 대필자가 서명을 하고
 대필자 성명 및 피접종자와의 관계를 기재할 것.
 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。

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 <input type="checkbox"/> 化血研 <input type="checkbox"/> 덴카生研	Lot.No.	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25ml (6ヶ月以上3歳未滿)	実施場所： 医師名： 接種日時： 平成 年 月 日 :時 分
カルテ No.			

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。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當を判断した人

[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。

인플루엔자 백신의 접종에 대해서

인플루엔자 예방접종을 실시하는데 있어서, 접종을 받을 분의 건강 상태를 잘 파악할 필요가 있습니다. 그 때문에, 예진표에 가능한 한 자세하게 기입해 주십시오. 어린이의 경우에는, 건강 상태를 잘 파악하고 있는 보호자가 기입해 주십시오.

[백신의 효과와 부작용]

예방접종으로 인해, 인플루엔자의 발병을 저지한다든지, 인플루엔자로 인한 합병증이나 사망등을 예방한다는 것을 기대할 수 있습니다.

한편, 부작용은 일반적으로 가벼운 특징을 가지고 있습니다. 주사부위가 빨개지거나 붓거나 딱딱해지거나 열이 나거나 아프거나 절이거나 하는 증상이 나타납니다만 일반적으로 2-3 일에 없어집니다. 발열, 오한, 두통, 권태감, 일시적인 의식 상실, 현기증, 임파종 팽창, 구토나 구역질, 복통, 설사, 식욕 감퇴, 관절통, 근육통등의 증상도 나타날 때도 있지만 일반적으로 2-3 일에 없어집니다. 과민증으로서 발진, 두드러기, 습진, 빨간 반점, 다형 빨간 반점, 가려움증등도 나타납니다. 그 외에 안면 신경 마비등의 마비, 말초계 신경, 포도막염이 나타날 수도 있습니다. 심한 계란 알레르기가 있는 분은 위독한 부작용이 일어날 수 있으므로 반드시 의사에게 말씀해 주십시오. 아주 드문 예로서, 다음과 같은 부작용이 일어날 수 있습니다. (1)쇼크, 아나필락시스증 증상(두드러기, 호흡곤란 등), (2)급성 산재성 뇌척수염(접종 후 수일부터 2 주일이내의 발열, 두통, 경련, 운동 장애, 의식 장애 등), (3)길랑-발레 증후군(양 손발이 저린다거나 보행 장애 등), (4)경련(발열성 경련을 포함함), (5)간 기능 장애, 황달, (6)천식 발작, (7)혈소판 감소성 자반병, 혈소판 감소, (8)혈관염(알레르기성 자반병, 알레르기성 육아종성 혈관염, 백혈구 과채성 혈관염등), 이러한 증상으로 판단되어지거나, 의심되어질 경우, 곧 바로 의사에게 말씀해 주십시오. 또한, 건강 피해(입원이 필요할 정도의 질병이나 장애 등)이 발생했을 경우에 대해서는 건강 피해를 입은 사람 또는 가족이 독립 행정 법인 의약품 의료기기 종합기구법에 따라서 구제 수속을 밟게 되어 있습니다.

[예방 접종을 받을 수 없는 사람]

- 1 명백히 열이 있는 사람(37.5℃이상인 사람)
- 2 위독한 급성질환을 앓고 있다는 것이 명백한 사람
- 3 과거에 인플루엔자 백신의 접종을 받고, 아나필락시스를 일으킨 적이 있는 사람
또한, 다른 의약품 투여를 받고나서 아나필락시스를 일으킨 적이 있는 사람은, 접종을 하기 전에 그런 내용을 의사에게 말씀하시고 판단이 내려질 때까지 기다려 주십시오.
- 4 그 외, 의사가 예방 접종을 받는 것이 부적절하다고 판단이 내려진 사람

[예방 접종을 받을 때, 의사와 꼭 상담을 해야 할 사람]

- 1 심장병, 신장병, 간장병이나 혈액의 병을 갖고 있는 사람
- 2 발육이 늦어서, 의사, 보건사의 지도를 받고 있는 사람
- 3 초기 감기등이라고 생각되어지는 사람
- 4 예방접종을 받았을 때, 2 일 이내에 발열이 있던 사람 또한 발진, 두드러기등의 알레르기로 의심되는 이상이 보여진 사람
- 5 약의 투여 또는 식사(계란, 닭고기등)로 피부에 발진이 나거나 몸에 이상을 초래한 적이 있는 사람
- 6 지금까지 경련(소아 경련)을 일으킨 적이 있는 사람
- 7 과거의 본인이나 근친자에게서 검사로 인해 면역상태의 이상을 지적받은 적이 있는 사람
- 8 임신 중인 사람
- 9 간질성 폐염, 기관지 천식등의 호흡기 계통에 질환이 있는 사람

[백신 접종 후의 주의]

- 1 인플루엔자 백신을 맞고 30 분간은, 급작스러운 부작용이 일어날 수가 있습니다. 의료 기관에서 대기하는 등, 몸 상태를 관찰하고, 의사하고 곧바로 연락을 취할 수 있도록 해 둡시다.
- 2 접종 부위를 청결하게 합시다. 접종 당일의 목욕은 지장이 없습니다만, 접종 부위를 긁거나 문지르지 마십시오.
- 3 접종 당일은 보통 때처럼 생활하십시오. 심한 운동이나 대량의 음주는 피하십시오.
- 4 만일, 고열이나 경련등 이상의 증상이 나타났을 경우에는 속히 의사의 진찰을 받으십시오.