

แบบสอบถามเพื่อคัดกรองก่อนให้วัคซีนไขหวัดใหญ่ ตามฤดูกาล
インフルエンザ予防接種予診票 (タイ語)

接種希望の方へ：太ワク内にご記入ください。

ผู้ที่รับวัคซีน：กรุณากรอกแบบสอบถามเพื่อคัดกรอง

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。

กรณีเป็นเด็กเล็ก ให้พ่อแม่ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามสภาพร่างกายอย่างละเอียด

診察前の体温 อุณหภูมิร่างกายก่อนการสัมภาษณ์	℃
--	---

住所 ที่อยู่	電話番号 เบอร์โทร
受ける人の名前 ชื่อผู้รับวัคซีน	性別 เพศ <input type="checkbox"/> 男 เพศชาย <input type="checkbox"/> 女 เพศหญิง
(保護者の氏名) ชื่อพ่อแม่ผู้ปกครอง	生年月日 วันเดือนปีเกิด (年 月 日) (ปี 歲 เดือน ๕月)

質問事項 แบบสอบถามเกี่ยวกับการให้วัคซีน	回答欄 คำตอบ	医師記入欄 ความคิดเห็นแพทย์
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 วันนี้คุณเข้าใจเนื้อหาความอธิบายเกี่ยวกับการรับวัคซีนหรือไม่	<input type="checkbox"/> いいえ 不明白 <input type="checkbox"/> はい เข้าใจ	
2 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 วันนี้คุณขอรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลนี้เป็นครั้งแรกใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> いいえ ไม่ใช่ 回目 ครั้งที่ 前回の接種は รับเมื่อเดือนอะไรวันที่เท่าไร เดือน 月 日.	<input type="checkbox"/> はい ใช่
3 今日、体に具合の悪いところがありますか วันนี้คุณมีอาการผิดปกติหรือไม่	<input type="checkbox"/> ある มี 具体的に อาการที่เป็น	<input type="checkbox"/> ない ไม่มี
4 現在、何かの病気で医師にかかっていますか ปัจจุบันแพทย์ระบุว่าคุณป่วยเป็นโรคอะไรหรือไม่ ・治療(投薬など)を受けていますか กำลังรักษาอยู่ (รับยาตามแพทย์สั่ง) หรือไม่ ・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。 โรคที่คุณกำลังรักษาอยู่ แพทย์ลงความเห็นว่าคุณนั้นสามารถรับวัคซีนได้หรือไม่	<input type="checkbox"/> はい ใช่ <input type="checkbox"/> はい ใช่ <input type="checkbox"/> いいえ ไม่ได้	<input type="checkbox"/> いいえ ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> いいえ ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> はい ได้
5 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมาคุณป่วยหรือไม่	<input type="checkbox"/> はい ใช่	<input type="checkbox"/> いいえ ไม่ใช่
6 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 ปัจจุบันนี้คุณกำลังรักษาโรคเฉพาะทางอยู่หรือไม่	<input type="checkbox"/> はい ใช่ □ 心臓血管系 โรกระบบหลอดเลือดหัวใจ □ 腎臓 โรคไต □ 肝臓 โรคตับ □ 血液疾患 โรกระบบประสาทส่วนกลาง □ 免疫不全症 โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง □ その他 อื่นๆ	<input type="checkbox"/> いいえ ไม่ใช่
7 間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器疾患と診断され、現在、治療中ですか คุณป่วยเป็นโรคปอดอักเสบ โรคหอบหืด โรกระบบทางเดินหายใจแบบเป็นๆหายๆ และกำลังรักษาตัวอยู่หรือไม่	<input type="checkbox"/> はい 年 月 頃 ใช่ ปี เดือน □ 現在治療中 □ 治療していない	<input type="checkbox"/> いいえ ไม่ใช่
8 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 ก่อนหน้านี้คุณเคย ชัก (กระตุกหรือเกร็ง) มาก่อนหรือไม่	<input type="checkbox"/> ある 回ぐらい เคย ประมาณกี่ครั้ง 最後は 年 月 頃 ครั้งสุดท้ายเมื่อ ปี เดือน	<input type="checkbox"/> ない ไม่ใช่
9 薬や食品で皮膚に発疹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 คุณเคยมีผื่นหรือลมพิษ(ผื่นหรือผื่นแดง) เพราะยาหรืออาหารหรือป่วยหลังจากกินอาหารบางอย่างหรือได้รับยาบางชนิดหรือไม่	<input type="checkbox"/> ある เคย 薬または食品の名前 ชื่อยาและอาหารที่แพ้ □ 卵 ไข่ □ 鶏肉 เนื้อไก่ □ その他 อื่นๆ	<input type="checkbox"/> ない ไม่เคย
10 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか คุณมีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติที่ป่วยเป็นโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องแต่กำเนิดหรือไม่	<input type="checkbox"/> はい เคย	<input type="checkbox"/> いいえ ไม่เคย
11 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。 คุณมีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติ คนใกล้ตัวป่วยเป็นโรคหัด โรคหัดเยอรมัน โรคอีสุกอีใส หรือ โรคคางทูมใน 1 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่	<input type="checkbox"/> いる มี □ 麻しん โรคหัด □ 風しん โรคหัดเยอรมัน □ 水痘 โรคอีสุกอีใส □ おたふくかぜ โรคคางทูม	<input type="checkbox"/> ない ไม่มี

12 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมาคุณเคยได้รับวัคซีนหรือไม่	<input type="checkbox"/> はい เคย 予防接種名 _____ ชื่อวัคซีน	<input type="checkbox"/> いいえ ไม่เคย	
13 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 ที่ผ่านมาคุณเคยมีอาการผิดปกติหลังจากได้รับวัคซีนหรือไม่	<input type="checkbox"/> ある เคย 予防接種名 _____ ชื่อวัคซีน <input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種 วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ <input type="checkbox"/> その他 _____ อื่นๆ	<input type="checkbox"/> ない ไม่เคย	
14 (女性の方に)現在妊娠していますか (สำหรับผู้หญิง) ปัจจุบันคุณกำลังตั้งครรภ์หรือไม่	<input type="checkbox"/> はい ใช่	<input type="checkbox"/> いいえ ไม่ใช่	
15 (予防接種を受けられる方がお子さんの場合) (กรณีบุตรของคุณเป็นคนที่จะรับวัคซีน) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか ตอนที่คลอดและตอนหลังคลอด เด็กมีสุขภาพร่างกายผิดปกติหรือไม่	<input type="checkbox"/> ある ใช่ <input type="checkbox"/> 分娩時 _____ ตอนที่คลอด <input type="checkbox"/> 出生時 _____ ตอนหลังคลอด <input type="checkbox"/> 乳幼児健診 _____ ตอนเป็นทารก	<input type="checkbox"/> ない ไม่ใช่	
16 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。 อื่นๆ คุณมีคำถามเกี่ยวกับการให้วัคซีนหรือต้องการบอกรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายหรือไม่			

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

ข้อคิดเห็นแพทย์ : จากคำตอบและผลลัพ์ของการสัมภาษณ์ข้างต้น ข้าพเจ้าลงความเห็น
(สามารถจะรับวัคซีนวันนี้ได้ / ไม่ควรจะรับวัคซีนในวันนี้)

ชื่อแพทย์ผู้ให้วัคซีน หรือ ตราประทับชื่อ

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。

ข้าพเจ้าได้อธิบายผู้รับวัคซีน

พ่อแม่/ผู้ปกครองของเด็กถึงข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์และอาการข้างเคียงจากวัคซีนและจะให้การบริการสนับสนุนต่อผู้ที่เกิดอาการข้างเคียง
เนื่องจากการรับวัคซีน

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。 หลังจากที่คุณได้รับการสัมภาษณ์และอธิบายแล้วคุณเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์, วัตถุประสงค์ (รวมทั้งอาการข้างเคียงที่รุนแรง) คุณประสงค์จะรับวัคซีนหรือไม่ <input type="checkbox"/> 接種を希望します ต้องการรับวัคซีน <input type="checkbox"/> 接種を希望しません ไม่ต้องการรับวัคซีน	本人の署名(または保護者の署名) ลายมือชื่อผู้รับวัคซีน (พ่อแม่/ผู้ปกครอง) 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。 กรณีที่ไม่สามารถเขียนชื่อได้ด้วยตัวเอง ให้ตัวแทน/ผู้ปกครอง ลงชื่อแทน
--	--

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"/> デンカ生研	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歳未満)	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、しびれる小水疱などがみられることがあります。通常は2～3日で消失します。なお、蜂巣炎に至った症例の報告があります。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、咳嗽、動悸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、失神、血管迷走神経反応、しびれ感、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)、(9)間質性肺炎、(10)脳炎・脳症、脊髄炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、(12)ネフローゼ症候群、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 かぜなどの症状がではじめたと思われる人
- 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 今までにけいれん(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がある人
- 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。

วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล

วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ผู้ที่ขอรับวัคซีนจำเป็นต้องมีสภาพร่างกายที่ปกติ

ก่อนรับวัคซีน

กฎการออกรายละเอียดในแบบสอบถามเพื่อการคัดกรองก่อนการให้วัคซีน ในกรณีเด็กเล็ก พ่อแม่-ผู้ปกครอง จะต้องกรอกเกี่ยวกับสภาพร่างกายในแบบสอบถามแทน

「ประสิทธิภาพของวัคซีนและผลข้างเคียงของวัคซีน」

ประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลจะช่วยระงับไม่ให้เป็นโรคไข้หวัดใหญ่ และป้องกันโรคแทรกซ้อนและการเสียชีวิตด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ได้

โดยปกติทั่วไปแล้วผลข้างเคียงมีเพียงเล็กน้อย ปกติแล้วจะมีอาการบวมแดงบริเวณที่ฉีดวัคซีน เป็นก้อนแข็ง มีไข้ ปวดตรงบริเวณที่ฉีด

เห็นบวมและมีตุ่มน้ำบริเวณใกล้เคียงเกิดขึ้นบ้างแต่จะหายไปเองภายใน 2-3 วัน แต่อย่างไรก็ตามได้มีรายงานข้อมูลว่ามี ผู้ป่วยเป็นโรคเนื้อเยื่อได้ผิวหนังชั้นลึกอักเสบ มีไข้ อาการหนาวสั่นครั้งเนื้อครั้งตัว ปวดหัว ปวดเมื่อย เนื้อตัว อยู่ในอาการระลึมสะลือชั่วคราวหนึ่ง หน้ามืด ตาลาย ต่อมน้ำเหลืองบวม คลื่นไส้ อาเจียน

วิงเวียนศีรษะ ปวดท้อง ท้องเสีย เบื่ออาหาร ปวดตามข้อกระดูก ปวดกล้ามเนื้อ ไอ หัวใจเต้นแรง โดยปกติแล้วอาการข้างเคียงดังกล่าวจะหายไปภายใน 2-3 วัน

อาการข้างเคียงอื่นๆ จะมีอาการเห็นบวมที่ใบหน้า เป็นลมหมดสติ สีตเหลืองเย้นซ้ำ สันกระดูก โรคมาลาเลีย เยื่อหุ้มลูกตา

เยื่อที่อยู่ระหว่างเยื่อหุ้มตาและมาลาเลีย รวมทั้งหมดอีกเสบ สำหรับท่านที่แพ้ไข่ อาจมีผลข้างเคียงทำให้ป่วยและทรุดหนักได้ กรุณาแจ้งแพทย์และผลข้างเคียงอื่นๆ

อีก ดังต่อไปนี้ (1) อาการช็อค ภูมิแพ้ขั้นรุนแรงปากคอบวมคันเป็นผื่น (ลมพิษ) หายใจติดๆขัดๆ (2) โรคสมองอักเสบเฉียบพลัน(หลังจากรับวัคซีนแล้วประมาณ

2 สัปดาห์ อาจมีไข้ ปวดหัว ชาเป็นตะคริว การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ หมดสติ (3) กลุ่มอาการกึ่งแอง-บาร์เร

ระบบประสาทส่วนปลาย(ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงและอาจมีอาการชาปลายมือเท้าเห็นบวม)

(4) ชัก กระตุก ตะคริวกิน (รวมถึงเป็นไข้ชักกระตุก) (5) ระบบการทำงานของตับล้มเหลว (ดีซ่าน) หืดหอบ (7)

โรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับระบบการแข็งตัวของเลือด ภาวะเกร็ดเลือดน้อยกว่าปกติ (8) โรคหลอดเลือดอักเสบ (ประเภทอาการภูมิแพ้ตัวเอง หลอดเลือดอักเสบ

ประเภทอาการภูมิแพ้ตัวเอง ชาปลายนิ้ว กล้ามเนื้ออ่อนแรง

(9) เยื่อหุ้มถุงลมปอดอักเสบ

(10) โรคสมองอักเสบ อาการมีไข้สูงมากทำให้หมดสติ ไซนัสหลังอักเสบ

(11) กลุ่มอาการ สตีเฟนส์- จอนห์นสัน เป็นโรคที่มีผลมาจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันของร่างกายตอบสนองต่อยา การติดเชื้อ การเจ็บป่วย

ทำให้เกิดการอักเสบของเซลล์ผิวหนังและเยื่อผิวหนังทั่วร่างกาย

(12) กลุ่มอาการเนโฟรติก ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการทำงานของไต หากสงสัยว่าเป็นกลุ่มอาการโรคดังกล่าว กรุณาแจ้งให้แพทย์ทราบทันที

แต่ถ้าผู้ป่วยหนักในกรณีที่ (ถึงขั้นต้องเข้าโรงพยาบาลและเป็นผู้ป่วยหนัก)

ผู้ที่ป่วยหนักหรือคนในครอบครัวสามารถดำเนินการยื่นเอกสารเพื่อขอรับการช่วยเหลือคำปรึกษาพยาบาลจากกระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการได้

กลุ่มคนต่อไปนี้ที่ไม่สามารถรับวัคซีนได้

1. มีไข้ที่ชัดเจน (37.5 องศาขึ้นไป)

2. ท่านที่กำลังป่วยหนัก

3. ท่านที่เคยได้รับวัคซีนมาแล้วและท่านที่อยู่ในกลุ่มอาการ แอนาฟิแล็กซิส ภูมิแพ้ ความดันเลือดต่ำ

หากว่าคนไข้ที่ได้รับยาจากแพทย์ แอนาฟิแล็กซิส ภูมิแพ้ ความดันเลือดต่ำอยู่ ก่อนรับวัคซีน กรุณาปรึกษาแพทย์และได้รับการพิจารณาจากแพทย์ก่อน

4. อื่นๆ ในกรณีที่แพทย์ เห็นสมควรว่าไม่ควรรับวัคซีน

กรณีตอนที่รับวัคซีน กลุ่มคนที่ควรปรึกษาแพทย์ เป็นกรณีพิเศษ

1. ผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยโรคตับ และ โรคเลือด

2. ท่านที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์

3. ท่านที่คิดว่าเริ่มจะเป็นไข้

4. ตอนที่รับวัคซีนไปแล้ว 2 วันผ่านไปมีอาการไข้สูงและสงสัยว่ามีอาการภูมิแพ้เป็นลมพิษ

5. ท่านที่ได้แพทย์สั่งยาหรือห้ามทานอาหารเกี่ยวกับภูมิแพ้ ประเภท (ไข่ไก่ เนื้อไก่ เป็นต้น)

6. ในอดีตท่านที่เคยมีอาการเห็นบวม ตะคริวกิน

7. ในอดีตท่านหรือคนในครอบครัวท่านถูกระบุว่ามีภูมิคุ้มกันโรคผิดปกติ

8. ท่านที่กำลังตั้งครรภ์

9. ท่านที่เป็นเยื่อหุ้มถุงลมปอดอักเสบ โรคหืดหลอดลม ผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น

ข้อควรระวัง หลังจากที่ได้รับวัคซีนแล้ว

1. หลังจากที่ได้รับวัคซีนแล้วประมาณ 30 นาที มีอาการข้างเคียงเกิดขึ้น ให้รีบเข้ารับการปรึกษา ฝ่าสังเกตอาการ และรีบปรึกษาแพทย์ทันที

2. ดูแลความสะอาดตรงตำแหน่งที่ฉีดวัคซีน วันที่รับวัคซีนสามารถอาบน้ำได้แต่อย่าถูบริเวณรอบๆที่ฉีดวัคซีน

3. วันที่รับวัคซีนควรใช้ชีวิตความเป็นอยู่ตามปกติ ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่หักโหมและดื่มสุรา

4. ในกรณีที่ มีไข้สูง ไข้ เป็นตะคริว หรือร่างกายผิดปกติ ให้รีบไปพบแพทย์เพื่อรับการตรวจอย่างเร็วที่สุด