

## 問 診 表

熱 ( . ) °C

フリガナ	性別	生年月日			
お名前	男・女	T・S・H	年	月	日
〒					
住所					
携帯(自宅)番号	—	—	(身長	cm)	(体重
					kg)

## 1. 本日はいかがされましたか。

発熱がある・鼻水が出る・のどが痛い・咳が出る・痰が出る・頭が痛い・関節が痛い  
 お腹が痛い・吐き気がある・便秘が続いている・下痢をしている・からだに発疹がある  
 排尿時に違和感がある・足がむくむ

健康診断(本日)・会社健診等で再検査になった(項目 )

その他の症状がある( )

症状はない(来院理由 )

## 2. 血圧・血糖・コレステロールが高い、心臓や腎臓、肝臓などが悪いと言われたことはありますか。

はい(相談を希望する・相談を希望しない)・いいえ

## 3. 手術(盲腸の手術なども含む)やカテーテル治療、化学療法など入院治療されたことはありますか。

はい( )・いいえ

## 4. ご家族で以下の病気の方はいますか。該当のものを丸で囲み、括弧内にどなたか書いてください。

高血圧( )・糖尿病( )・高脂血症( )・心臓病( )・脳卒中( )

## 5. 現在、ほかの病院やクリニックに通院中ですか。服用しているお薬(市販薬含む)はありますか。

はい( )・いいえ

## 6. 喫煙歴はありますか。

はい(1日 本 歳まで / 現在まで)・いいえ

## 7. お酒はどのくらい飲みますか。

飲まない・ほとんど飲まない・週1回・週2~4回・週5~6回・毎日

## 8. アレルギー(食べ物のほか、花粉症・鼻炎・喘息を含む)や、使用できないお薬はありますか。

はい( )・いいえ

## 9. 当院をどこでお知りになりましたか。

ビル前の看板・駅中の看板・当院ホームページ・他社の医療機関紹介サイト

開業前チラシ・内覧会・友人知人からの紹介・薬局・その他( )

ご協力ありがとうございました。2枚目に個人情報に関する同意書がございます。

## 個人情報保護の取り扱いに関する通知書兼同意書

中村橋駅前内科クリニックは、皆さまの診療情報を含めた個人情報を厳重に管理するとともに以下のように取り扱います。なお、提供された個人情報については、臨床研究ならびに統計学的データ処理のために、個人を識別できない形態において利用させていただく場合がございます。

### 1. 利用目的

当院は、個人情報を以下の目的で取得し、利用いたします。

#### A. 皆さまへ適切な医療を提供するため

- (1) 当院が患者に提供する医療サービス
- (2) 当院の医療保険事務などを含む運営管理業務
- (3) 検体検査業務委託、ほか円滑に医療を提供するための業務委託
- (4) 他医療機関との連携
- (5) 他医療機関からの照会に対する回答
- (6) 事業者から委託された健康診断等の事業者への結果通知

#### B. 上記以外の利用目的

- (1) 外部監査機関への情報提供
- (2) 賠償責任時の資料作成
- (3) 医療サービスや業務維持・改善のための資料作成（匿名化）
- (4) 臨床研究・学会報告（匿名化）

### 2. 第三者（他医療機関など）への提供内容

A. 氏名、生年月日、年齢、性別、住所、電話番号ほか、当院に届け出られた事項

B. 診療情報

---

私の個人情報を上記の通り取り扱うことに同意します。

年 月 日

署名

# インフルエンザHAワクチン予防接種予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。

※子どもさんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

診察前の体温 \_\_\_\_\_ 度 分

住 所	TEL ( _____ ) _____ - _____	
フ リ ガ ナ	男・女	生年 月 日
受ける人の氏名		年 月 日生
(保護者の氏名)		( _____ 歳 _____ ヵ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文(裏面)を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
2. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に( _____ )	いいえ	
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 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。	はい 病名( _____ ) はい いいえ 特に尋ねていない	いいえ	
4. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名( _____ )	いいえ	
5. 特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか。	はい 病名( _____ )	いいえ	
6. 薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい 薬名・食品名( _____ )	いいえ	
7. けいれんを起こしたことがありますか。	はい( _____ 回ぐらい) (最後は _____ 年 _____ 月ごろ)	いいえ	
8. 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことはありますか。	はい	いいえ	
9. 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。	いいえ 前回の接種( _____ 月 日)	はい	
10. インフルエンザ予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
11. インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。	はい 予防接種名( _____ )	いいえ	
12. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。	はい 接種日( _____ 月 日) 予防接種名( _____ )	いいえ	
13. 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか。	はい	いいえ	
14. 1ヵ月以内に近親者や周囲で麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい 病名( _____ )	いいえ	
15. 【女性の方に】現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
16. 【接種を受けられる方が子どもさんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。 出生体重( _____ )g	はい 具体的に( _____ )	いいえ	
17. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、 具体的にご記入ください。			

## 医師記入欄

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。  
本人又は、保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び独立行政法人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ました。

医師の署名又は記名押印

## 本人(保護者)記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応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 )。

署名 \_\_\_\_\_ (代筆者の場合：続柄 \_\_\_\_\_) (なお被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください。)

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
<input type="checkbox"/> インフルエンザHAワクチン「KMB」 Lot No. : _____ カルテNo. : _____ (販売：Meiji Seika ファルマ株式会社)	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5mL(3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25mL(6ヵ月以上3歳未満)	実施場所： 医師名： 接種日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に於いてのみ使用いたします。

インフルエンザHAワクチンの接種に当たって、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、表面の予診票にできるだけ詳しくご記入ください。ワクチン接種を受けられる方が子どもさんの場合には、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

インフルエンザHA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。

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。数日以内に自然に消失します。また、発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、めまい、リンパ節腫脹、咳、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、筋力低下などが起こることがあります。過敏反応として、発疹、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫などが起こることもあります。その他に蜂巣炎、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢性ニューロパチー、失神、血管迷走神経反応、ブドウ膜炎、振戦が現れることがあります。強い卵アレルギーなどのある方は強い過敏反応を生じる可能性がありますので、接種前に必ず医師に申し出てください。重大な副反応としては、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(蕁麻疹、呼吸困難、血管浮腫など)、(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) 脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、(4) ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)、(5) けいれん(熱性けいれん含む)、(6) 肝機能障害、黄疸、(7) 喘息発作、(8) 血小板減少性紫斑病、血小板減少、(9) 血管炎(IgA血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、白血球破砕性血管炎など)、(10) 間質性肺炎、(11) 皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、急性汎発性発疹性膿疱症、(12) ネフローゼ症候群など。その他にも不明・不安な症状が現れたり、これらの疾患が疑われるような場合には、接種医又はお近くの医療機関にご相談ください。

## 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の人
3. 過去にインフルエンザHAワクチンの接種を受けて、アナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難、全身性の蕁麻疹などを伴う重症のアレルギー反応)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と判断した人

## 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. 過去に予防接種を受けた時に、2日以内に発熱、発疹、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常がみられた人
4. 薬の投与又は食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある人
5. 過去にけいれんを起こしたことがある人
6. 過去に免疫不全の診断がなされている人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
7. 妊娠の可能性がある人
8. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器疾患のある人

## 予防接種を受けた後の注意

1. インフルエンザHAワクチンの接種を受けたあと30分間は、急な副反応(息苦しさ、蕁麻疹、咳など)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、医師とすぐ連絡をとれるようにしておきましょう。
2. 接種当日は、接種部位を清潔に保ち、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。
3. 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすことはやめましょう。
4. 万一、高熱やけいれん等の異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

接種予定日	月	日( )	医療機関名
	時	分頃	
当日は受付に おこしください			

インフルエンザHAワクチンの任意の接種については、ワクチンを適正に使用したにもかかわらず、その副反応により入院治療が必要になるほど重篤な健康被害が生じた場合は、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、救済手続きを行う制度があります。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をご覧ください。問合せ先は右記のとおりです。

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口  
〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル  
電話：0120-149-931(フリーダイヤル)  
URL：<https://www.pmda.go.jp/relief-services/adr-sufferers/0020.html>