

インフルエンザワクチンの接種を受けられる方へ

この予診票は、任意で接種を希望される方用です。定期接種として接種を受ける場合、あるいは、公的補助等を受けて接種を受ける場合は、お住まいの自治体(市区町村)からの通知をご覧ください。インフルエンザの予防接種を実施するにあたって、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、裏面の予診票にでき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。



なお、インフルエンザについては、武田薬品のホームページ(https://www.takeda.co.jp/patients/vaccine_portal/influenza/)でも紹介しています。

ワクチンの効果と副反応

予防接種により、インフルエンザ感染を予防したり、症状を軽くすることができます。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、リンパ節腫脹、嘔吐・嘔気、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛なども起こることもあります。通常は2～3日で消失します。過敏症として、発しん、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみなどもまれに起こります。強い卵アレルギーのある方は、強い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ください。

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(蕁麻疹、呼吸困難、血管浮腫等)、(2)急性散在性脳脊髄炎(ADEM)(通常、接種後数日から2週間以内に発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害等)、(3)脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、(4)ギラン・バレー症候群、(5)けいれん(熱性けいれんを含む)、(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等)、(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。(1)から(12)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。なお、健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人又は近親者が、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うことになります。

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(通常は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. カゼ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、発しん、蕁麻疹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)で皮膚に発しんが出たり、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. 妊娠の可能性のある人
9. 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人

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、医師とすぐ連絡をとれるようにしておきましょう。
2. インフルエンザワクチン接種後、1週間は副反応の出現に注意しましょう
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. 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつもどお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
5. 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

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日() 当日は受付に 時 分頃 おこしてください	

皮下注射用

インフルエンザ予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太枠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。
※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。

住 所		TEL ()		度 分	
フリガナ					
受ける人の氏名		男	生年	年	月 日生
(保護者の氏名)		女	月 日	(満 歳 カ月)	

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を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
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	いいえ (回目)	はい	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか	ある (具体的に)	ない	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい (病名) 薬をのんでいますか (いる・いない)	いいえ	
5. 最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか	はい (病名)	いいえ	
6. 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか	いる (病名)	いない	
(“いる”の場合)その主治医に、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	いいえ	はい	
7. これまで間質性肺炎、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	はい 年 月ごろ (現在治療中・治療していない)	いいえ	
8. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか	はい	いいえ	
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 回ぐらい 最後は 年 月ごろ	ない	
10. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	ある (薬または食品の名前)	ない	
11. これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか	ある (予防接種名・症状)	ない	
12. 1ヵ月以内に近親者や周囲で麻しん(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がいますか	いる (病名)	いない	
13. 最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか	はい (予防接種名:)	いいえ	
14. (女性の方に)現在妊娠していますか	はい	いいえ	
15. (接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児検診などで異常がありましたか 出生体重 ()g	ある (具体的に)	ない	
16. 今日の予防接種について質問がありますか	ある (具体的に)	ない	

※これら以外に、接種にあたって確認させていただく場合があります。

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。 本人または保護者に対して、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ました。
医師署名又は記名押印

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
インフルエンザHAワクチン「生研」 Lot No.: カルテNo.: (販売:武田薬品工業株式会社)	皮下接種 ☐ 0.5mL (3歳以上) ☐ 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 接種の予診に関してのみ使用いたします。

経鼻弱毒生インフルエンザワクチン(フルミスト点鼻液)の接種をご希望の方へ

経鼻弱毒生インフルエンザワクチン(フルミスト点鼻液)の接種を実施するにあたり、接種を受けられる方の健康状態を把握する必要があります。そのため、裏面の予診票にできるだけ詳しくご記入の上、医師の診察をお受けください。

なお、お子さまの場合、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

ワクチンの効果と副反応

本ワクチンはインフルエンザウイルスを弱毒化した生ワクチンです。接種後に体の中で増えたワクチンウイルスに対する免疫ができ、インフルエンザウイルスの感染を予防します。

一方、本ワクチンの接種に伴う副反応として、鼻閉・鼻漏、咳嗽、口腔咽頭痛、頭痛などがみられることがあります。また重い副反応としてショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など)や、海外ではベル麻痺を含む脳神経障害、脳炎、けいれん(熱性けいれんを含む)、ギラン・バレー症候群(手足に力がはいらぬ、しびれ、食べものが飲み込みにくい、呼吸が苦しいなど)、血管炎(発熱、頭痛、倦怠感、紫斑、紅斑など)などが報告されています。

なお、副反応による健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた方また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手続きを行うことになります。

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(<https://www.pmda.go.jp/>)をご覧ください。

予防接種を受けることができない方

- 1) 明らかに発熱している方(通常は37.5℃を超える場合)
- 2) 重い急性疾患にかかっていることが明らかな方
- 3) 過去に本ワクチンに含まれている成分で、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や全身性のひどいじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと)を起こしたことがある方
- 4) 明らかに免疫機能に異常のある疾患をお持ちの方、免疫抑制をきたす治療を受けている方
- 5) 経口または注射の副腎皮質ホルモン剤を使用している方
- 6) 妊娠していることが明らかな方
- 7) 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方

予防接種を受ける際に医師と相談していただく方

- 1) ゼラチン含有製剤またはゼラチン含有の食品に対して、ショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など)などの過敏症を起こしたことがある方
- 2) 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患などの基礎疾患のある方
- 3) 過去に予防接種で接種後2日以内に発熱、全身性の発疹などのアレルギーを疑う症状がみられた方
- 4) 過去にけいれん(ひきつけ)を起こしたことがある方
- 5) 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方、または近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- 6) 重い喘息のある方または喘鳴の症状のある方
- 7) 薬の服用または食事(鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のもの)で発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある方
- 8) 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている方
- 9) 妊娠中または妊娠の可能性のある方(接種前1か月間避妊していない方)、授乳中の方
- 10) サリチル酸系医薬品(アスピリンなど)、ジクロフェナクナトリウム、メフェナム酸を服用している方

予防接種を受けた後は以下の点に注意してください

- 1) 接種後は、ショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など)が起こることがありますので、医師とすぐ連絡が取れるようにしておきましょう。
- 2) 接種当日は過激な運動は避けてください。また、健康状態に十分注意し、体調の変化、高熱などの異常な症状を呈した場合には、すぐに医師の診察を受けてください。なお、接種当日の入浴は差支えありません。
- 3) 妊娠が可能な方は、接種後2か月間は妊娠をしないように注意しましょう。
- 4) 接種後1～2週間は乳児や重度の免疫不全の方との接触を可能な限り控えましょう。

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

経鼻弱毒生インフルエンザワクチン(フルミスト点鼻液)接種 予診票

*接種希望の方へ：太ワク内にご記入ください。

診察前の体温 度 分

住 所	〒		TEL ()	度	分
フリガナ		男・女	生年月日	年	月 日生
受ける人の氏名				(歳	か月)
(保護者の氏名)					

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文書を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
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。 注：経鼻弱毒生ワクチン(フルミスト点鼻液)はシーズン1回投与になります。	いいえ ()回目	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に()	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・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いわれましたか。	はい (病名) はい・いいえ はい・いいえ	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。	はい (病名)	いいえ	
これまでに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、発育障害、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。	はい (病名)	いいえ	
これまでに重度の喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか。	はい (年 月頃) 現在治療中・治療していない	いいえ	
これまでにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい (年 月頃) (最後は 年 月頃)	いいえ	
これまでに薬や食品(ゼラチン、鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。	はい (薬、食品名)	いいえ	
近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか。	はい (予防接種名)	いいえ	
近親者の中で先天性免疫不全症と診断された方はいますか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に家族や周囲で麻疹、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	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい (予防接種名)	いいえ	
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。	はい(予防接種名) (症状)	いいえ	
(予防接種を受けられる方がお子さまの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい (具体的に)	いいえ	
(女性の方に) 現在妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか。 または授乳していますか。注：接種後約2か月間は妊娠をしないように注意してください。	はい	いいえ	
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問がありますか。	はい (具体的に)	いいえ	

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)。
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応およ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。また、本剤の接種対象者が2歳以上19歳未満であることを確認した。 _____

医師の署名または記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性などについて
理解した上で、接種することを (希望します・希望しません)。
(被接種者が自署できない場合、代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載ください。)

本人の署名(もしくは保護者の署名)

代筆者の場合：続柄 _____

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
名 称：フルミスト点鼻液 メーカ名：第一三共株式会社 製造番号：	点鼻 (各鼻腔0.1mL噴霧) 0.2mL	医療機関名： 医 師 名： 接 種 日 時： 年 月 日 時 分

記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。

この予診票は、任意で接種を希望される方用です。定期接種として接種を受ける場合、あるいは、公的補助等を受けて接種を受ける場合は、お住まいの自治体（市区町村）からの通知をご覧ください。

新型コロナワクチンの予防接種を実施するにあたって、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、裏面の予診票にでき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。なお、新型コロナワクチンについては、

武田薬品のホームページ（https://www.go-beyond-covid-19.jp/patients_inoculation/#）でも紹介しています。



新型コロナワクチンの効果と副反応

今回接種するワクチンは組換えタンパクワクチンという種類に分類されます。免疫の活性化を促進する役割を担うアジュバントという物質が添加されています。本ワクチンを接種することにより、組換えスパイクタンパク質がヒトの細胞内に取り込まれると、それに対する抗体ができることで、ウイルスに対する免疫ができます。私たちが持つ体内の異物を攻撃する免疫の仕組みを利用して、新型コロナウイルス感染症の発症を予防します。一方で、新型コロナワクチンには、下記のような副反応が知られています。

1. 主な副反応は、注射した部分の痛み、頭痛、関節や筋肉の痛み、疲労、倦怠感、悪心・嘔吐、発熱等があります。また、まれに起こる重大な副反応として、ショックやアナフィラキシーがあります。接種後に気になる症状を認めた場合は、接種医あるいはかかりつけ医に相談してください。
2. 本ワクチン接種後に心筋炎、心膜炎を発症したという報告があります。胸の痛みや動悸、むくみ、呼吸困難等の症状が現れたら速やかに医療機関を受診してください。

新型コロナワクチンの予防接種を受けることができない人

下記に該当する方は本ワクチンを接種できません。該当すると思われる場合、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

1. 明らかに発熱している人^{*1}
2. 重い急性疾患にかかっている人
3. 本ワクチンの成分に対し重度の過敏症^{*2}の既往歴のある人
4. 上記以外で、予防接種を受けることが不適当な状態にある人

^{*1}: 明らかな発熱とは通常37.5℃以上を指します。ただし、37.5℃を下回る場合も平時の体温に鑑みて発熱と判断される場合はこの限りではありません。

^{*2}: アナフィラキシーや、全身性の皮膚・粘膜症状、喘鳴、呼吸困難、頻脈、血圧低下等、アナフィラキシーを疑わせる複数の症状。前回までの接種でこれらの症状があった人は、同一成分を含むワクチンでの追加接種はできません。

予防接種を受けるにあたり注意が必要な人

下記にあてはまる方は本ワクチンの接種について注意が必要です。該当すると思われる場合は、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

1. 血小板減少症又は凝固障害のある人、抗凝固療法を受けている人
2. 過去に免疫不全の診断を受けた人、近親者に先天性免疫不全症の方がいる人
3. 心臓、腎臓、肝臓、血液疾患や発育障害などの基礎疾患のある人
4. 過去に予防接種を受けて、接種後2日以内に発熱のみられた人及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある人
5. 過去にけいれんを起こしたことがある人
6. 本ワクチンの成分に対して、アレルギーが起こるおそれがある人

妊娠中又は妊娠している可能性がある人、授乳している人は接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。ただし、かかりつけの産婦人科医に確認していない場合でも、予診医によりワクチン接種が可能と判断された場合は接種が可能です。過去に薬剤で過敏症やアレルギーを起こしたことのある人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。

予防接種を受けた後の注意点

1. 本ワクチンの接種を受けた後、15分以上（過去にアナフィラキシーを含む重いアレルギー症状を起こしたことがある方や、気分が悪くなったり、失神等を起こしたことがある方は30分以上）、接種を受けた施設でお待ちいただき、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師へ連絡してください（急に起こる副反応に対応できます）。
2. 注射した部分は清潔に保つようにしてください。接種当日の入浴は問題ありませんが、注射した部分はこすらないようにしてください。また、接種後に体調が悪い時は無理をせず、入浴は控える等、様子を見るようにしてください。
3. 通常の生活は問題ありませんが、当日の激しい運動や過度の飲酒等は控えてください。

医薬品副作用被害救済制度

予防接種法に基づく定期接種以外の予防接種（任意接種）によって健康被害（医薬品を適正に使用したにもかかわらず発生した副作用により入院治療が必要な程度の疾病や障害等の健康被害）が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法による被害救済の対象となります。健康被害の内容、程度等に応じて、薬事審議会（副作用・感染等被害判定部会）での審議を経た後、医療費、医療手当、障害年金等が支給されます。

問い合わせ先は以下のとおりです。

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 電話：0120-149-931（フリーダイヤル） URL： <https://www.pmda.go.jp>

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日 () 当日は受付に 時 分頃 おこしてください	

※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。また、予防接種の対象年齢等は医師にご確認ください。

		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
(代理人又は保護者の氏名)			(満	歳	ヵ月)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1. 新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか 接種回数（ 回） 前回の接種日（ 年 月 日） 接種を受けた新型コロナワクチンの種類（ ）	はい	いいえ	
2. 今日受ける新型コロナワクチンについて説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
3. 現在、何らかの病気にかかって、治療（投薬など）を受けていますか 病 名：心臓病／腎臓病／肝臓病／血液疾患／血が止まりにくい病気 免疫不全／その他（ ） 治療内容：血をサラサラにする（ ）／その他（ ）	はい	いいえ	
4. 最近１ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病 名：（ ）	はい	いいえ	
5. 今日、体に具合がわるいところがありますか （ ）	はい	いいえ	
6. けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか	はい	いいえ	
7. 薬や食品などで、重いアレルギー症状（アナフィラキシーなど）を起こしたことが ありますか 薬・食品など原因になったもの（ ）	はい	いいえ	
8. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類（ ） 症状（ ）	はい	いいえ	
9. 近親者の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
10. 現在妊娠している又は妊娠している可能性はありますか	はい	いいえ	
11. 最近１ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類（ ） 受けた日（ 年 月 日）	はい	いいえ	
12. 今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師 記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は（可能・見合わせる）と判断した。 本人（もしくは代理人又は保護者）に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品 副作用被害救済制度について説明した。	医師の署名

本人 記入欄	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応について理解した上で接種を希望しますか。 (希望します ・ 希望しません)
	年 月 日 本人の署名（もしくは代理人又は保護者の署名） ・ 本人が署名できない場合は代理人又は保護者が署名し、代理人又は保護者の氏名及び被接種者との続柄を記載 ・ 被接種者が16歳未満の場合は保護者の署名、成年被後見人の場合は本人又は成年被後見人の署名

医師 記入欄	ワクチン名など		接種量	実施場所・医師名・接種年月日
	ヌバキソビッド筋注 (武田薬品工業株式会社)	Lot No. : カルテ No. :	筋肉内接種 _____mL	実施場所 : 医師名 : 接種年月日 : 年 月 日

2024年8月作成