

<学生用> インフルエンザ予防接種予診票

※予診票はボールペンで記入したものを必ず持参してください。

※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。

※体温は事前に測定し、記入してきてください

学籍番号			連絡可能な電話番号	() -
フリガナ				
氏 名		男・女	生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)

質問事項	回答欄		医師記入
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の予防接種は今シーズン何回目ですか。	2 回目	1 回目	
3. 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	
4.現在、何かの病気などで医師にかかっていますか(※処方されている薬等は、16に書いてください)	はい 病名()	いいえ	
5.最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか。	はい 病名()	いいえ	
6.最近1ヵ月以内に近親者や周囲に麻疹、風疹、水痘、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	
7.最近 1 ヶ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	
8.今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 具体的に()	いいえ	
9.今まで特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気）にかかり、医師の診断を 受けたことがありますか。	はい 具体的に()	いいえ	
【ある場合】 その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種を受けて良いといわれましたか。	いいえ	はい	
10.今までに間質性肺炎・気管支喘息などの呼吸器疾患と診断されたことがありますか。	はい (歳頃)	いいえ	
11.今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	はい (歳頃)	いいえ	
12.薬や食品（鶏卵、鶏肉等）で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい 薬、食品名()	いいえ	
13.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	
14.近親者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	
15.【女性の方】現在、妊娠中、または妊娠の可能性はありますか。	はい	いいえ	
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ご記入ください。（※処方されている薬の名称など）			

医師記入欄
以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（ 実施できる・見合わせた方が良い ）と判断します。 本人に対して、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ました。 医師の署名 _____
30分待機(~)

本人記入欄
私は、予防接種の効果・副反応などについて理解したうえで、接種を希望します。 署名 _____

使用ワクチンLotNo.	用法・用量	接種日 ・ 実施場所 ・ 医師名
	皮下接種 0.5m l	2025年 月 日 東京藝術大学保健管理センター 医師

記載いただきました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用いたします。

インフルエンザワクチンの接種について

接種は行う場合も行わない場合も、最終的には本人の責任（未成年者の場合は保護者の責任）において決定するものとされています。（厚労省インフルエンザ予防接種ガイドライン）
当センターでは、接種日当日の体調などを評価のうえ接種可能な方にのみ1回法で実施いたします。

インフルエンザと合併症

患者さんの咳やくしゃみにより空気中に浮かんだり、手についたりしたインフルエンザウイルスが、気道に感染します。
感染して1～5日すると、だるくなったり、急な発熱、のどの痛み、咳、くしゃみなどの症状が出始めますが、普通は約1週間で治ります。
しかし高齢者、乳幼児、大人でも免疫力の低下している人などが感染した場合は、重篤な経過（肺炎、死亡など）をたどることがあり、注意が必要です。

ワクチンの効果と副反応

ワクチン株は、4価(A型2種類、B型2種類)です。ワクチンの接種により、インフルエンザの発症を予防したり、たとえ発症しても症状が軽くすみます。インフルエンザの重症化や死亡を予防する効果が期待されます。
副反応としては、ワクチンの接種直後から数日中にまれに過敏症として発疹、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫などがあらわれることがあります。局所症状として接種部位に発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感、小水疱などが認められることがあります。いずれも通常2～3日で消失します。
全身症状として、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、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、咳嗽、動悸、筋力低下などがあらわれることがありますが、いずれも通常2～3日で消失します。
ほかに蜂巣炎（細菌による化膿性炎症）、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、しびれ感、ぶどう膜炎があらわれることがあります。

非常にまれですが、次のような重大な副反応がみられることがあります。

1. ショック、アナフィラキシー（じんましん、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など）
10. 間質性肺炎
11. 皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson症候群）
12. ネフローゼ症候群

1～12のような症状があらわれた場合はすぐに医師に申出て下さい。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、健康被害を受けた人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。

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）
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に含まれる成分で、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くてはならない人

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
2. カゼなどのひきはじめと思われる人
3. 発育が遅く、医師、保健師の指導を継続して受けている人（小児）
4. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、蕁麻疹などのアレルギーを疑う症状がみられた人
5. 今まで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されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
7. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
8. 薬の投与または食事（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
9. 妊娠の可能性のある人

予防接種を受けた後の注意

1. 接種後30分間は学内で様子を観察し、アレルギー反応などがあれば保健管理センターに戻れるようにしておきましょう。
2. 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。
3. 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。
4. 接種後1週間は副反応の出現に注意しましょう。
5. 万一、高熱やけいれんなど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

月 日() 時 分