2026年度

下記の太枠内の項目を全てご記入の上、必ずこの予診票をご持参ください。
【ご注意】フリクションペン（消せるペン）や鉛筆での記入の場合、書き直しとなります。必ずボールペンでご記入下さい

医療法人 大阪桜十字

任 意 接 種 用

インフルエンザ予防接種予診票

※接種希望の方へ：下記の太枠内の項目を全てご記入ください。

所属会社	医療法人　大阪桜十字		保険証記号	1111	保険証番号　111
（フリガナ） 保険証の氏名	（　さくらじゅうじ　たろう　） 桜十字　太郎	男・女	体温	36 . 5 ℃	
			生年月日	S・H　63 年　1 月　2 日	
			TEL	（ 090 ）1234 － 5678	

質問事項	回答欄		医師記入欄
1.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。	ある　具　　）	いいえ	
3.現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい　病	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい・　　ない		
4.最近1ヶ月以内に熱がでたり、病気にかかったりしましたか。	はい　病名（　　）	いいえ	
5.今までに特別な病気（心臓血管系、脳神経系、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全症、その他）にかかり、医師の診断を受けていますか。	はい　病名（　　）	いいえ	
6.これまで間質性肺炎や気管支喘息等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	
7.今までにけいれんを起こしたことがありますか。	ある　（　　）回くらい 最後は（　　）年（　　）月頃	いいえ	
8.薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体調が悪くなったことがありますか。	はい 薬または食品の名前（　　）	いいえ	
9.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	
10.最近、1ヵ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はいますか。	はい　病名（　　）	いいえ	
11.直近1か月以内に別の予防接種を受けましたか。	はい　種類（　　） 接種日　（　　月　　日　）	いいえ	
12.インフルエンザ予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。	はい　種類（　　）	いいえ	
13.インフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。	はい　種類（　　）	いいえ	
14.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。		はい	
15.卵アレルギーはありますか。		いいえ	
16.（女　　すか。又は妊娠している可能性はありますか。		いいえ	
17.そ　　に伝えておきたいご質問事項はありますか。	はい	いいえ	

回答欄に○をつけてください

内容をよく読み同意欄に○をつけてください。

ご本人様のご署名を忘れずに記入してください。

医師の診察・説明を　予防接種の効果や目的、ワクチンの有益性、重篤な副反応　可能性などについて理解した上で、

接種を希望します　・　接種を希望しません

本人直筆の署名（もしくは保護者の署名）

桜十字　太郎

（※自署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。続柄　　）

・・・・・・・・・・・・・・・・・ここまでに未記入がある場合は接種ができません・・・・・・・・・・・・・・・・・

医師欄		医師の署名又は記名押印
	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**　）	

医師の問診で接種指示をもらう前には、看護師はワクチンを接種することができません。

看護師欄	ワクチンロット番号	接種量	実施場所・接種年月日・医師名
	Lot No.	0.5　ml	実施場所　上記企業所在地　　医師名　上記医師の署名欄と同じ 接種年月日　令和　年　月　日

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。

＊この用紙は看護師が回収します。持ち帰らないでください。

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、表面の予診票に出来るだけ詳しくご記入ください。

[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が通常は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、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、振戦なども起こります。その他に、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢性ニューロパチー、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になります。

[予防接種を受けることができない方]

1. 37.5℃以上の発熱のある方
2. 卵アレルギーの方
3. 妊娠している方 又は 妊娠の可能性のある方
4. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
5. 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方
   (他の医薬品の投与を受けてアナフィラキシーを起こしたことがある方は、医師にその旨を伝えて判断を仰いでください。)
6. 今シーズン既に1回以上インフルエンザワクチンの接種を受けている方
7. 18歳未満の方
8. その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断された方

[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方]

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの方
2. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている方
3. かぜなどのひきはじめと思われる方
4. 予防接種を受けたときに2日以内に発熱のみられた方 又は 発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた方
5. 薬の投与又は食事で皮膚に発しんがでたり、体に異常をきたしたことのある方
6. 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがある方
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のある方
8. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある方

[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15～30分間は、急な副反応が起きることがあります。
   一人になることは避け、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は、速やかに医師の診察を受けてください。

[インフルエンザ予防接種を受けられる皆さまへ]

予防接種の受付時には、健康保険証または資格確認書の提示が必要です。
マイナンバーカードを保険証として利用されている方は、以下の点にご協力ください。
来院時に、スマートフォンで「マイナポータル」画面をご準備いただくか、マイナポータル画面PDFをご提示ください。
※保険資格情報が確認できる状態でのご提示をお願いいたします。
＜マイナポータルでの保険証情報の調べ方＞
右記のQRはマイナポータルにて、マイナ保険証の保険証情報の調べ方です。

[運営法人]

ご不明点はこちらへお問い合わせ下さい。

医療法人　大阪桜十字　　**大阪市北区大深町3-1 グランフロント大阪北館6階**　　**Tel 06-6377-8326**

医療機関名称	所在地	受付時間	
桜十字グランフロント大阪クリニック	大阪市北区大深町3-1 グランフロント大阪北館6階	月 ～ 金	09:00 ～ 15:30