



2011 秋 - 2012 春

インフルエンザ予防注射を お受けになる方へ (接種前にお読みください)

インフルエンザ予防注射について

健康小児では、接種によりA型に対しては約8割の人が、B型に対しては約4～5割の人が有効予防水準に達します。予防効果は、接種後2週間からはじまり、5カ月間は持続するといわれています。

ワクチンには、A(H1N1)2009(いわゆる新型)・A香港型(H3N2)・B型の3つの成分が入っています。今シーズンは、3つの成分とも昨シーズンと同じ株です。

日本では13歳未満は2回接種、13歳以上は1～2回接種、2回接種の場合は2～4週間(できれば4週間)の間隔をあけます。ただし日本以外のほとんどの国では、13歳未満でも今までにインフルエンザを接種したことがある方は1回接種です。

ポリオや他の生ワクチンを接種した場合は通常4週間、水痘やおたふくかぜにかかった場合は2～4週間、突発性発疹・手足口病などは1～2週間あけて接種します。

当院では、今年もチメロサールの入っていないワクチンを使用します。

受ける日までに...

“インフルエンザのはなし”などをお読みになって、ワクチンの必要性や副反応についてよく理解されてください。

予診票は前もって記入しておいてください。

受ける前日は入浴(又はシャワー)をして、体を清潔にしましょう。

当日は体調をよく観察して、普段と変わったところのないことを確認してください。

受けた後は...

接種後30～60分以内に 息苦しさや全身のかゆみなどが現れたときは、大至急診察をお受けになってください。

接種当日は 接種部位をこすらずに清潔に保ち、いつも通りの生活は構いません。入浴も構いません。疲れすぎることや激しい運動は避け副反応(発熱・頭痛・けんたい感)の出現に注意しましょう。

万一、高熱やけいれんなどの異常な症状があらわれた場合には、速やかに医師の診察を受けてください。

1週間たてば他の予防注射を受けることができます。

朝 クリニックのシャッターが開くのは8時30～40分頃になります。8時45分の予約の方は、早く着きすぎてお体を冷やしたりなさらないようご注意ください。

竹田こどもクリニック

文責:竹田弘 2011.10.01

- ・当日は、記入した予診表と母子手帳・診察券をお持ちになり、予約時間には遅れずにご来院ください。
- ・接種できなくなったときは、受付へご連絡ください。
- ・料金は1人1回 税込みで3,000円です。
- ・予防接種の時間に一般診療はできません。より多くの方が接種できるように努力しております。スムーズな接種・会計にご協力ください。
- ・定期的に(1ヶ月に1回以上)通院されている慢性疾患の方で病状に変化がない方は、診察と同時に接種も可能です。インフルエンザの予約に加え一般診療の予約(ただし夕方5時まで)もお取りになり、一般診療の時間においでください。

2011 秋 - 2012 春

インフルエンザ予防接種 予診票

竹田こどもクリニック

		接種前の体温		度 分		
住 所	横浜市港南区	電 話				
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 ヶ月)		
昨シーズンは 接種されましたか?		していない		1回接種した	2回接種した	
今回の接種は?		1回接種の1回目		2回接種の1回目	2回接種の2回目	

質 問 事 項 (当てはまる項目を でかこんでください)	回 答 欄	当院使用欄
今日受けられる予防接種について説明文を読みましたか	はい いいえ	
発育歴についておたずねします。分娩時に異常がありましたか	あった なかった	
出生後に異常がありましたか	あった なかった	
乳児健診で異常があると言われたことがありますか	ある ない	
今日体に具合の悪いところがありますか	はい いいえ	
具体的な症状を書いてください()		
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか	はい いいえ	
病名、治癒日()		
1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか	はい いいえ	
病名()		
4週間以内に予防接種を受けましたか	はい いいえ	
()月()日に()を受けた		
今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか	はい いいえ	
病名()		
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言われましたか	はい いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃	はい いいえ	
その時に熱がでましたか	はい いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合がわるくなったことがありますか? その薬や食品とは()	はい いいえ	
近親者に免疫不全症候群と診断されている方はいますか	はい 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	ある ない	
予防接種名()		
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい いいえ	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	はい いいえ	
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) 医師のサイン		
今日の予防接種を受けますか(はい・見合わせる)		保護者のサイン

使用ワクチン名	接 種 量	実施医療機関・医師名・接種年月日
ワクチン名 ロット番号	(皮下接種) 右・左	竹田こどもクリニック・
ルビック/化血研TF	0.25・0.5 Ml	接種年月日 平成 年 月 日