

Questionnaire for Influenza Vaccination – Medical History

インフルエンザ予防接種予診票

*Please provide full medical history by completing this questionnaire. 接種希望者の方へ: 太ワク内にご記入ください。

*A caretaker with adequate knowledge of the child receiving the vaccine may fill out the form on their behalf.

Current body temperature 診察前の体温	℃
------------------------------------	---

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。

Address 住所		TEL
Name of patient 受ける人の名前	Sex 性別	<input type="checkbox"/> Male・男 <input type="checkbox"/> Female・女
Name of caretaker (if applicable) 保護者の氏名	Date of Birth/Age 生年月日・年齢	year年 month月 day日 years old・歳 months・ヶ月

Questions 質問事項	Answers 回答欄
1 Have you received an influenza vaccine in the past? 今までにインフルエンザ予防接種をうけたことがありますか	<input type="checkbox"/> No いいえ <input type="checkbox"/> Yes はい
2 Have you ever felt sick after receiving a vaccination? 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	<input type="checkbox"/> Yes ある <input type="checkbox"/> from receiving influenza vaccination インフルエンザ予防接種 <input type="checkbox"/> No ない <input type="checkbox"/> from receiving other vaccination・その他 Name of vaccine・予防接種名: _____
3 Are you feeling sick today at all? 今日、体に具合の悪いところがありますか	<input type="checkbox"/> Yes ある <input type="checkbox"/> No ない
4 Are you currently seeing a doctor for any sort of illness? 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
• Are you receiving treatment (such as medication)? 治療(投薬など)を受けていますか	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
• Has your doctor given you permission to get the flu shot today? 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	<input type="checkbox"/> No いいえ <input type="checkbox"/> Yes はい
5 Have you been sick in the last month? 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
6 Have you ever been diagnosed with a serious illness? 今までに重症な病気にかかったことがありますか	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> Nerve disorder (such as Guillain-Barré Syndrome) 神経疾患(ギランバレー症候群など) <input type="checkbox"/> No いいえ <input type="checkbox"/> Lung (such as severe asthma) 呼吸器疾患(重度の気管支喘息など) <input type="checkbox"/> Cardiovascular・心臓血管系 <input type="checkbox"/> Kidneys・腎臓 <input type="checkbox"/> Liver・肝臓 <input type="checkbox"/> Blood disease・血液疾患 <input type="checkbox"/> Immunodeficiency disease・免疫不全症
7 Have you ever had a seizure (convulsion)? 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	<input type="checkbox"/> Yes ある _____times・回ぐらい Date of last seizure・最後は_____年_____月頃 YYYY MM <input type="checkbox"/> No ない
8 Have you ever had a rash, hives, or other reaction to certain medicine or food? 薬や食品で皮膚に発しん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	<input type="checkbox"/> Yes ある <input type="checkbox"/> Eggs・卵 <input type="checkbox"/> Chicken・鶏肉 <input type="checkbox"/> Other・その他 <input type="checkbox"/> No ない Name medicine or food・薬または食品の名前: _____
9 Has a family member or anyone you have been around contracted measles, rubella, chicken pox, or mumps in the last month? 1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	<input type="checkbox"/> Yes いる <input type="checkbox"/> No いない <input type="checkbox"/> Measles・麻疹 <input type="checkbox"/> Rubella・風しん <input type="checkbox"/> Chicken pox・水痘 <input type="checkbox"/> Mumps・おたふくかぜ
10 Have you received any vaccinations in the last month? 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ Name of vaccine・予防接種名: _____
11 (For women only) Are you currently pregnant? (女性の方に) 現在妊娠していますか	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
12 If you have any other health concerns or questions you would like to discuss with the doctor, please state them here. 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、具体的に書いてください	

<p>Informed consent: I have read the vaccine information sheet and understand the benefits and risks of receiving the influenza vaccine today. I declare that all the information provided above is true and I give permission to administer the seasonal influenza vaccine to me or my child today.</p> <p>別紙のインフルエンザワクチンについての説明用紙を読み、効果や副作用について理解したうえで、接種を希望される場合は右に署名して下さい。</p>	<p>Patient's or Caretaker's Signature 本人または保護者の署名 X _____</p> <p>Relationship with the patient・間柄: _____</p> <p>*A parent or a caretaker must sign on behalf of a patient who cannot sign their own signature and also indicate their relationship with the patient. 自書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。</p>
--	--

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、予診票に出来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をご記入ください。

[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。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、リンパ腫膨張、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、末梢系ニューロパチー、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、白血球破碎性血管炎等)、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となります。

[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當を判断した人

[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 かぜ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日以内に発熱のみられた人及び発しん、じんましん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)で皮膚に発しんがでたり、体に異常をきたしたことがある人
- 6 今までのけいれん(ひきつけ)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してきされたことのある人
- 8 妊娠している人
- 9 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人

[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30分間は、急な副反応が起きることがあります。学校内で様子を観察し、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、速やかに医師の診察を受けてください。

The Influenza Vaccination

In order to administer the influenza vaccination (flu shot or flu vaccine hereafter) to a patient, the doctor must first know the patient's health condition, so please fill out the medical history questionnaire as thoroughly as possible. A guardian with adequate knowledge of their child's health condition may fill out the form for their child.

Effects and Side Effects of the Vaccination

The flu vaccines are expected to prevent influenza and the complications and death associated with the influenza virus. However, flu vaccines can cause side effects that are generally mild. Symptoms such as reddening, swelling, or hardening of the injection site and a feeling of warmth, pain, or numbness around injection sites normally disappear on their own within 2-3 days. Patients may also experience symptoms such as fever, chills, headaches, lethargy, temporary loss of consciousness (fainting), dizziness, swollen lymph nodes, nausea, vomiting, stomachaches, diarrhea, loss of appetite, joint pain, or muscular pain; however, these symptoms should also disappear on their own within 2-3 days. Patients with oversensitivity to the vaccine may experience symptoms such as rashes, hives, eczema, erythema, erythema multiforme, or itchiness as well as facial palsy, other forms of paralysis, peripheral neuropathy, or uveitis. Patients with a strong allergic reaction to eggs, must be sure to notify the doctor, as there may be a possibility that the vaccine may cause serious side effects. The following side effects are extremely rare but have been known to occur. Notify a doctor immediately if any of these symptoms arise. 1) Shock and anaphylactic reactions (including hives and difficulty breathing. 2) Acute disseminated encephalomyelitis (including fever, headaches, seizures, impaired mobility, and impaired consciousness within 2 weeks of receiving the vaccination). 3) Guillain-Barre syndrome (including numbness in both hands or feet, or difficulty walking). 4) Seizures (including fever convulsions). 5) Liver function impairment or jaundice. 6) Emergence of asthma symptoms. 7) Thrombocytopenic purpura or decreased platelets. 8) Vasculitis (including allergic purpura, allergic granulomatous angiitis, and leukocytoclastic vasculitis).

If the vaccination causes any adverse side effects or injury (such as a condition that requires hospitalization), you or your family may be eligible to receive relief services in accordance with the Law for the Pharmaceuticals and Medical Devices Agency.

Patients that cannot receive the influenza vaccination:

- 1 Patients running a high fever (above 37.5°C).
- 2 Patients suffering from a serious acute illness.
- 3 Patients with a history of experiencing an anaphylactic reaction to the influenza vaccination.
(Patients with a history of experiencing an anaphylactic reaction to any administered or prescribed medicine in the past must notify the doctor before receiving the influenza vaccination.)
- 4 Patients who the doctor has determined are unable to receive the vaccination.

Patients that must consult with the doctor before receiving the influenza vaccination:

- 1 Patients with heart disease, kidney disease, liver disease, blood disease, or other serious illness.
- 2 Patients with delayed development or who are receiving care from a doctor or health nurses.
- 3 Patients recovering from a cold or other illness.
- 4 Patients with a history of running a fever within two days of receiving a vaccination, or having rashes or hives that may be suspected as an allergic reaction.
- 5 Patients who have gotten rashes or felt sick from medicine or food (containing chicken eggs or chicken meat).
- 6 Patients with a history of seizures (convulsions).
- 7 Patients who have been diagnosed with or have had relatives diagnosed with an immunodeficiency in the past.
- 8 Pregnant women.
- 9 Patients with interstitial pneumonia, bronchial asthma, or other types of respiratory illness.

Care after receiving the flu shot -- Please Read

- 1 You may experience sudden side effects within 30 minutes of receiving the influenza vaccination. Stay in school so that you can monitor yourself for symptoms and promptly contact the doctor if necessary.
- 2 Keep the injection site clean. You may take a shower or bath on the day you have been vaccinated, but do not rub, scrub, or scratch the injection site.
- 3 You may continue with your daily routine as usual on the day of the vaccination. However, avoid extreme exercise or over-consumption of alcohol.
- 4 If you experience a high fever, seizure, or other serious side effects, please consult a doctor as soon as possible.