

Tentang Suntik Influenza – Riwayat Kesehatan

インフルエンザ予防接種予診票（インドネシア語）

*Silahkan isi didalam kotak. 接種希望の方へ：太ワク内にご記入ください。

*Para orang tua/wali yang mengetahui kondisi kesehatan anaknya yang akan diberi vaksin boleh mengisi jawaban.

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。

Suhu tubuh sebelum divaksin 診察前の体温	℃
温	

Alamat 住所	TEL
Nama pasien 受ける人の名前	Jenis kelamin 性別 <input type="checkbox"/> Laki-laki 男 <input type="checkbox"/> Perempuan 女
(Nama wali) (保護者の氏名)	Tanggal lahir 生年月日 (thn 年 bln 月 tgl 日 umur (thn)歳 (bulan)ヶ月)

Pertanyaan 質問事項	Jawaban 回答欄	Catatan Dokter 医師記入欄
1 Apakah anda sudah membaca dan memahami penjelasan (di himn. belakang) tentang vaksinasi yang akan dilakukan hari ini? 今日受ける予防接種についての説明文を読んで理解しましたか	<input type="checkbox"/> Tidak いいえ <input type="checkbox"/> Ya はい	
2 Apakah ini adalah kali pertama anda mendapat suntik influenza dalam musim ini? 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	<input type="checkbox"/> Tidak いいえ This is my _____ time 回目 My last shot was 前回の接種は _____ month 月 _____ day 日.	
3 Apakah hari ini kondisi tubuh anda sedang tidak baik? 今日、体に具合の悪いところがありますか	<input type="checkbox"/> Ya ある <input type="checkbox"/> Tidak ない	
4 Apakah saat ini anda pernah pergi menemui dokter karena sakit? 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	<input type="checkbox"/> Ya はい	<input type="checkbox"/> Tidak いいえ
• Jika iya, apakah anda mendapat pengobatan? 治療(投薬など)を受けていますか	<input type="checkbox"/> Ya はい	<input type="checkbox"/> Tidak いいえ
• Apakah menurut dokter anda, tidak mengapa jika anda diberi vaksin influenza hari ini meskipun sedang dlm perawatan? 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"/> Tidak いいえ	<input type="checkbox"/> Ya はい
5 Apakah anda mengalami sakit dalam 1 bulan terakhir? 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか	<input type="checkbox"/> Ya はい	<input type="checkbox"/> Tidak いいえ
6 Apakah anda pernah didiagnosa mengalami penyakit khusus? 今までに特別な病気にかかり医師の診察を受けていますか	<input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> cardiovascular 心臓血管系 <input type="checkbox"/> ginjal 腎臓 <input type="checkbox"/> liver 肝臓 <input type="checkbox"/> penyakit darah 血液疾患 <input type="checkbox"/> masalah kekebalan tubuh 免疫不全症	<input type="checkbox"/> Tidak いいえ
7 Apakah anda pernah didiagnosa mengidap penyakit pernapasan seperti pneumonia interstitial dan asma bronkial? Lalu apakah sekarang masih dalam perawatan? 間質性肺炎や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	<input type="checkbox"/> Ya はい _____ thn 年 _____ bln 月頃 <input type="checkbox"/> Sedang dalam perawatan 現在治療中 <input type="checkbox"/> Tidak dalam perawatan 治療してない	<input type="checkbox"/> Tidak いいえ
8 Apakah anda pernah mengalami kejang-kejang? 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"/> Ya ある _____ kali 回ぐらい Terakhir pada 最後は _____ thn 年 _____ bln 月頃	<input type="checkbox"/> Tidak ない
9 Apakah anda pernah memiliki alergi terhadap obat atau makanan tertentu? 薬や食品で皮膚に発しんやじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	<input type="checkbox"/> Ya ある Nama makanan/obat: 薬または食品の名前 <input type="checkbox"/> telur 卵 <input type="checkbox"/> ayam 鶏肉 <input type="checkbox"/> lain-lain その他	<input type="checkbox"/> Tidak ない
10 Apakah ada kerabat anda yang didiagnosa menderita masalah kekebalan tubuh bawaan? 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか	<input type="checkbox"/> Ya はい	<input type="checkbox"/> Tidak いいえ
11 Dalam satu bulan ini adakah kerabat atau sekitaran anda yang menderita campak, rubella, cacar air, atau gondok? 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"/> Ya いる <input type="checkbox"/> campak 麻疹 <input type="checkbox"/> rubella 風しん <input type="checkbox"/> cacar air 水痘 <input type="checkbox"/> penyakit gondok おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> Tidak いない
12 Apakah anda pernah di vaksin dalam satu bulan ini? 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	<input type="checkbox"/> Ya はい Nama suntik vaksin 予防接種名 _____	<input type="checkbox"/> Tidak いいえ
13 Apakah anda pernah di vaksin lalu kondisi badan anda memburuk? 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"/> Ya ある Nam suntik vaksin 予防接種名 <input type="checkbox"/> Vaksin influenza インフルエンザ予防接種 <input type="checkbox"/> Lain-lain その他 _____	<input type="checkbox"/> Tidak ない
14 (Untuk perempuan) Apakah anda sedang hamil? (女性の方に) 現在妊娠していますか	<input type="checkbox"/> Ya はい	<input type="checkbox"/> Tidak いいえ
15 (Untuk anak yang akan diberi vaksin) Apakah pernah ada masalah saat lahir dan proses pertumbuhan? (予防接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	<input type="checkbox"/> Ya ある <input type="checkbox"/> saat proses kelahiran 分娩時 _____ <input type="checkbox"/> saat melahirkan 出生時 _____ <input type="checkbox"/> masa pertumbuhan 乳幼児健診 _____	<input type="checkbox"/> Tidak ない

16 Apakah anda memiliki hal yang ingin disampaikan kepada dokter terkait kondisi kesehatan anda? 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。	
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) 医師の署名又は記名押印 本人(もしくは保護者)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、説明した。	
Saya telah memahami dengan betul penjelasan dari dokter mengenai vaksin, manfaat, dan segala efek sampingnya. 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。 <input type="checkbox"/> Ya, saya ingin menerima vaksin 接種を希望します <input type="checkbox"/> Tidak, saya tidak ingin menerima vaksin 接種を希望しません	Nama pasien vaksin (wali) 本人の署名(または保護者の署名) *Pasien yang tidak dapat menulis sendiri, boleh diwakilkan oleh wali dengan menyebutkan apa hubungan wali dengan pasien. 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。

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	Lot. No. 	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25ml (6ヶ月以上3歳未満)	実施場所 : 医師名 : 接種日時 年 月 日 :時 分
カルテ No.			

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、白血球破砕性血管炎等)、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。医療機関にいるなどして、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、接種部位をこすりはやめましょう。
- 3 接種当日はいつも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。

Tentang Vaksin Influenza

Sebelum penyuntikan vaksin dilakukan, mengetahui kondisi kesehatan pasien sangatlah diperlukan. Untuk itu, anda

dimohonkan untuk mengisi surat keterangan ini. Pihak wali yang memahami kondisi kesehatan anaknya diperbolehkan mengisi jawaban untuk anaknya.

Manfaat dan Efek Samping dari Vaksinasi

Dengan vaksinasi ini kita diharapkan dapat terhindar dari serangan, maupun penyakit komplikasi dan kematian yang disebabkan oleh influenza.

Namun disisi lain ada efek samping yang biasanya bersifat ringan. Seperti pada lokasi suntikan memerah, bengkak, mengeras, panas, sakit, dan lepuhan kecil. Namun biasanya akan hilang dalam 2 - 3 hari. Selain itu ada laporan bahwa dapat menyebabkan selulitis. Adapun demam, menggigil, sakit kepala, tidak enak badan, hilang sadar sementara, pusing, kelenjar getah bening bengkak, muntah, mual, nyeri perut, diare, kehilangan nafsu makan, nyeri otot dan sendi, batuk, dan jantung berdebar bisa juga terjadi namun biasanya akan hilang dalam dalam 2 sampai 3 hari. Bagi mereka yang sangat sensitif/alergi, ruam pada kulit, bintik merah, eksim, eritema, eritema multiforme, dan gatal-gatal juga dapat terjadi. Selain itu, masalah saraf pada wajah seperti kelumpuhan, neuropati perifer, sinkop, reaksi vasovagal, mati rasa, dan radang mata juga bisa muncul. Jika anda sangat alergi telur, anda harus memberitahu dokter karena efek samping yang serius bisa saja terjadi. Berikutnya adalah efek samping yang sangat jarang sekali terjadi. (1) syok, anafilaksis, (gatal-gatal, sulit bernafas, dll), (2) acute disseminated encephalomyelitis (demam, sakit kepala, kejang, gangguan gerak, gangguan kesadaran dll. dalam beberapa hari, maksimal 2 minggu, setelah disuntik), (3) sindrom Guillain-Barre (kedua tangan dan kaki mati rasa, gangguan gaya berjalan, dll), (4) kejang-kejang (termasuk kejang demam), (5) kerusakan fungsi hati, penyakit kuning, (6) serangan asma, (7) thrombocytopenic purpura, trombositopenia, (8) vaskulitis, (10) radang/penyakit otak, mielitis, (11) nekrosis epidermal toksik (Stevens-Johnson syndrome), (12) sindrom nefrotik. Jika anda merasa atau mencurigai adanya gejala-gejala tersebut, beritahukanlah kepada dokter. Perlu dicatat bahwa, jika terjadi masalah kesehatan (yang mengharuskan rawat inap), prosedur bantuan akan dilakukan sesuai ketentuan Badan Farmasi dan Alat Kesehatan Negara.

Pasien yang tidak boleh diberi vaksin:

- 1 Pasien yang didapati suhu tubuhnya tinggi (37.5°C keatas).
- 2 Pasien yang memiliki penyakit akut yang parah.
- 3 Pasien yang pernah mengalami anafilaksis (reaksi alergi yang berat) setelah mendapat suntik influenza atau karena sebab yang lain, harus terlebih dahulu menghadap dan memberitahukannya kepada dokter.
- 4 Dan lain-lain yang diputuskan oleh dokter sebagai orang yang tidak tepat diberikan vaksin.

Pasien yang harus berkonsultasi dahulu kepada dokter sebelum menerima suntik vaksin:

- 1 Pasien yang memiliki penyakit jantung, ginjal, liver, darah, dll.
2. Pasien yang pertumbuhannya lambat dan sedang mendapat bimbingan dokter atau perawat.
- 3 Pasien yang baru pulih dari demam.
- 4 Pasien yang pernah sakit demam setelah dalam dua hari setelah disuntik atau mengalami komplikasi alergi setelah disuntik seperti ruam dan bintik merah pada kulit.
- 5 Pasien yang mengalami masalah tubuh atau kulit karena dosis obat atau makanan (telur, daging ayam, dll).
- 6 Pasien yang pernah mengalami kejang-kejang pada masa lalu.
- 7 Pasien atau keluarganya pernah didiagnosa mengalami kelainan pada imun/kekebalan tubuh.
- 8 Perempuan hamil
- 9 Pasien yang mengidap penyakit pernapasan seperti pneumonia interstitial dan asma bronkial.

Hal-hal yang perlu diperhatikan setelah menerima suntik vaksin

- 1 Efek samping bisa saja terjadi tiba-tiba dalam waktu 30 menit setelah menerima suntikan. Untuk itu tetaplah berada di rumah sakit untuk mengamati kondisi tubuh agar bisa langsung mendapat penanganan dokter.
- 2 Jagalah kebersihan bagian tubuh yang disuntik. Meskipun tidak ada halangan untuk mandi, namun jangan sampai menggosok bagian tubuh yang disuntik.
- 3 Lakukanlah aktifitas seperti biasa dan hindari olah raga yang berat di hari setelah diberikannya vaksinasi.
- 4 Seandainya setelah disuntik anda mengeluh adanya reaksi tidak normal dari inokulasi lokal atau perubahan kondisi tubuh, segeralah untuk mendapatkan perawatan dokter.