

インフルエンザワクチン接種のご案内 2021

- ★コロナワクチン接種前後2週間は接種できません。必ずご確認ください。
- 体調不良などでキャンセルされる場合は、必ず受付へ電話連絡をお願い致します。
- 3日以内に37.5℃以上の発熱があった方は必ず受付に申し出て下さい。
- 接種当日は大変多くの方が来院されますので、混雑する場合がございます。予めご了承ください。
- 接種当日は予約時間に遅れないようにご来院ください。但し、進行状況によっては予約時間より遅延する場合がありますので、予めご了承ください。
※予約時間はあくまでも予定時間です。
- 問診票はご自宅で必要事項を全てご記入頂き、体温を測ってからご来院ください。
※当日、院内で記入される場合は受付が混雑し待ち時間が増えますのでご自宅で記入して頂きますようご協力お願い致します。問診票はHPからダウンロードできます。
- 接種証明書は医院にて発行したものを保管して頂きます。母子手帳は必要ありません。
- 体調によってはワクチン接種ではなく、診察に切り替わる場合もありますので、念の為、保険証(必要の方は医療証も)をお持ちください。
- 当日は、接種前に会計となります。おつりが出ないようにご協力お願い致します。
お子様・大人 1回4,000円
- 当日は袖が上がりやすい服装もしくはすぐに抜けるような服装でお越し下さい。
- 1回目は左腕に接種します。接種した部分はもむ必要はありません。
- 入浴は差し支えありませんが、スイミングなどの激しい運動は控えてください。
- 接種してから30分程度は安静につとめ、具合が悪くなった場合はクリニックへご連絡ください。(0587-94-0294)

お出かけ前の最終チェック！！

- ◇問診票は必要事項すべて記入
- ◇ご自宅で体温を測定し記入
- ◇「希望します」に○をつけ保護者サインを記入
※高校生以下のお子様は、保護者の方が署名をしてください。
当日は保護者の方が同伴してください。
- ★会社などの接種補助券(窓口負担が変わるもの)はご利用頂けません。

インフルエンザ予防接種問診票

1回目・2回目 (1回目 月 日接種)

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。
 ※お子様の場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入下さい。

| | | | | |
|----------|--|-----|------|--------------------|
| 住所 | | 体温 | 度 | 分 |
| (フリガナ) | | 男・女 | 電話番号 | () - |
| 受ける人の氏名 | | | 生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日生 |
| (保護者の氏名) | | | | (歳 ヶ月) |

| 質問事項 | 回答欄 | | 医師記入欄 |
|---|-------------------------------|-----|-------|
| 01. 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 | |
| 02. 今日、体に具合の悪いところがありますか。 | はい 具体的に() | いいえ | |
| 03. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・その病気の主治医には、 今日予防接種を受けてよいと言われましたか。 | はい 病名() はい・いいえ はい・いいえ | いいえ | |
| 04. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。 | はい 病名(月 日) | いいえ | |
| 05. 3日以内に37.5℃以上の発熱がありましたか。 | はい | いいえ | |
| 06. 今までにインフルエンザワクチンを接種したことがありますか。 | はい | いいえ | |
| 07. 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓 血液疾患・免疫不全症・その他の病気)にかかり、 医師の診察を受けましたか。 | はい 病名() | いいえ | |
| 08. 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ましたか。 | はい (年 月頃) (現在治療中・治療していない) | いいえ | |
| 09. 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()ヶ月頃 最後は()年()月頃 | いいえ | |
| 10. 薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、 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 | |
| 11. 近親者に先天性免疫不全症と 診断されている方はいますか。 | はい | いいえ | |
| 12. 1ヵ月以内に家族や友達に麻疹、風疹 水痘、おたふくなどの病気の方がいましたか。 | はい 病名() 誰が() いつ頃() | いいえ | |
| 13. 最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 | はい 予防接種名(月 日) | いいえ | |
| 14. これまでに予防接種を受けて 具合が悪くなったことはありますか。 | はい 予防接種名() 症状() | いいえ | |
| 15. (女性の方に)現在妊娠していますか。 | はい | いいえ | |
| 16. (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。 | はい 内容() | いいえ | |
| 17. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや 質問があれば具体的に書いて下さい。 | | | |

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる 見合わせた方がよい)と判断します。
 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ました。
 医師の署名または記名押印[西岡 貴弘]

保護者記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。 **本人の署名(もしくは保護者の署名)**
 以上の内容に同意し、ワクチンの接種を希望しますか。(はい ・ いいえ) []
 (※自著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 _____)

| 使用 ワクチン名 | 接種量・方法 | | 実施場所・医師名 | 接種年月日 |
|----------|--|--|---------------------|-------|
| Lot.No. | 皮下接種 | 皮下接種 | 医療機関名:つくしファミリークリニック | |
| | <input type="checkbox"/> 0.5ml 3歳以上 | <input type="checkbox"/> 0.25ml 6ヶ月以上3歳未満 | 医師名: 西岡 貴弘 | |