

事前にインフルエンザワクチン
説明文をご確認ください。



★当日、処方(診察)を希望しますか？(どちらかに○を)
希望しない ・ 希望する→裏面(2枚目)にも内容を記入してください

インフルエンザHAワクチン予防接種(1回目・2回目) 予診票

任意接種用

		来院時の体温		度		分	
住 所	TEL () — (続柄)						
(フリガナ) 予防接種を受ける人の氏名	男・女		生年月日	平成	年	月	日生
保 護 者 の 氏 名				令和	(	歳	ヵ月)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種の説明文を上 QR コードから確認し理解しましたか	いいえ	はい	
2. 1週間以内に、普段と違って具合の悪いところや熱はありましたか	ある (具体的に)	ない	
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい(病名)	いいえ	
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	いいえ	はい	
4. 最近1ヵ月以内に何か病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
5. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類() 接種月日(月 日)	はい	いいえ	
6. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、脳神経、喘息、 免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	はい(病名)	ない	
【“ある”の場合】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いわれましたか	いいえ	はい	
7. 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	ある (ころ 回くらい) 最後は 年 月 ころ	ない	
【“ある”の場合】けいれん(ひきつけ)を起こしたとき、熱は出ましたか	はい (°C)	いいえ	
8. 【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	ある (具体的に)	ない	
9. 今までにインフルエンザの予防接種を受け具合が悪くなったことはありますか	ある (年 月 ころ)	ない	
10. インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか	ある (予防接種名)	ない	
11. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)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	ある (薬、食品名)	ない	
12. 近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	いる (予防接種名)	いない	
13. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる	いない	
14. 1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる	いない	
15. 1ヵ月以内に新型コロナウイルス感染症の陽性になりましたか	はい (待機期間 / ~ /)	いいえ	
16. 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ご記入ください			

医師記入欄

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。接種を受ける本人(またはその保護者)に対して、予防接種の
効果、副反応およ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 [中川 真哉]

本人(またはその保護者)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たうえで接種することに(同意します ・ 同意しません)。

署名(同伴者名)

(続柄:)

医師記入欄

使用ワクチン名・メーカー名		接種量	実施場所・医師名・接種年月日
インフルエンザHAワクチン	Lot No.	皮下接種 □0.5mL (3歳以上)	医療機関名: すこやかkidsクリニック
		□0.25mL (6ヵ月以上3歳未満)	医師名: 中川 真哉 接種年月日: 年 月 日 時

記載いただきました個人情報は、まちのほけんしつで適切に管理します。

インフルエンザワクチンを 予約された方へ(接種当日のご案内)



当日の持ち物

- 予診票 母子手帳
- 診察券 がんばったねカード
- 保険証・まるふく(診察・処方希望の方)
- 委任状 (保護者以外が付き添われる場合)



予診票と委任状はクリニック窓口で準備しています。
ホームページからDLも可能です。記入済みの方から受付
します。混雑・待ち時間短縮のために、あらかじめご準
備下さい。

注意点

- 病気の急性期(発熱が1週間以内にある等)や、新型コロナウイルス感染症やインフルエンザ等の感染症
罹患直後(完治後1～4週)は予防接種を受けることができません。
- 院長による診察の結果、接種の延期が必要と判断した場合に限り会計時に変更予約を受け付けます。
- 医師の判断以外の変更は、ご自身でお願いいたします。今シーズンは2回予約を承っているため、希望の日
程への変更はかなり難しくなっています。ご注意ください。

接種当日

①到着
お電話での確認は不要です。
持ち物を準備(お子さんごとに準備)して、玄関からお入りください。

②受付
接種するご本人の検温を行います。
(お付き添いの方は来館前に検温等の健康チェックをお願いします)
診察・処方の希望がある方は、保険証・まるふくをご提示ください。

③問診
看護師が母子手帳で接種間隔等を確認し、接種前の問診を行います。

④接種
医師が体調を確認し、接種できるかを判断し接種します。
如方を希望される方は引き続き診察を受けていただきます。

⑤会計
3,500円/人のお会計が必要です。現金のみ対応しています。
母子手帳に接種日と使用したワクチンのロットナンバーを貼っています。
大切に記録ですので、間違いないかご自身でもご確認ください。

⑥お帰り
接種後30分程度は強い副反応が起こることがあります。特に15分程度
は、急変するべく院内に居ることができるよう配慮をお願いします。
お帰りの際は、正面玄関前の通路が大変狭くなっております。
一方通行(四回り)でお帰ってください。



LINE に登録ください

現時点で例年通りのワクチンの
供給を受けられる見込みですが、
流通状況にトラブルがあった場合
はLINEからお知らせします。
予約後にLINEのQRコードから必ず
ご登録ください。



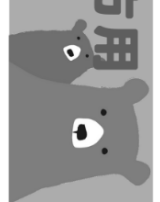
接種回数について

患者さんからのご要望にお応
えし、今年から2回分の予約が
できるようになります。
接種回数については、年齢や
国に応じて接種方法が異なり
ます。

任意接種ですので、
ご希望に応じて
予約をお取り
ください。



インフルエンザワクチン接種の方用 診察処方希望用紙



詳しい診察や検査等是对応できないため、定期的に処方されているお薬(症状が安
定している方)、またはこれまでに処方歴のあるお薬などを対象としています。

ご記入のうえ、保険証・まるふくと合わせて受付に出してください。

診察券番号：

お名前：

さん

生年月日：

体重：

昭和 平成 令和 年 月 日

kg

症状：

□ 診察希望(接種1週間以内に症状がある方で接種可否の判断)

□ 処方希望

いつからどんな症状が出ているか具体的に

例：舌下免疫定期受診・手足の乾燥 関節部の赤みとかゆみ等

希望の薬：

例：シタキア・ヒルバイドクリームなど

- 診察の結果、希望のお薬が処方されない場合があります。
- 症状によっては、再診が必要になる場合があります

まちのほけんしつ

すこやかkidsクリニック

TEL0749-68-3213