

# インフルエンザワクチン接種のご案内 2021

- 生後初めて接種される方は2回接種が必要ですがほとんどの方は1回の接種で十分な効果が期待できます。
- 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。  
※ご自身でNETなどでキャンセル処理はなさないようお願い致します。  
※予約の変更は一切できません。
- 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。また、予約時間に遅れないようお願い致します。  
※予約時間はあくまでも予定時間です。  
診察の合間に接種を行いますので必ず予約時間に接種できるわけではありません。
- 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。
- 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ので、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。  
※診察をご希望の方は、事前に診察予約をとって頂くようお願い致します。  
当日受付にて診察を追加希望された場合は1時間程待ち時間が発生します。
- 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
- 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。(0587-93-0600)

## 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  
※高校生未満のお子様は、保護者の方が署名をしてください。
- ★会社などの接種補助券はご利用頂けません。
- ★日曜接種のときは受付電話が繋がりません。  
当日の連絡先は **090-292 1-0600** までお願い致します

つくしこどもクリニック

# 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をご記入下さい。

		カルテNo.	
住所		体温	度 分
(フリガナ)		電話番号	( ) -
受ける人の氏名	男・女	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、今日の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. 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	
06. 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	
07. 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( )回くらい 最後は( )年( )月頃	いいえ	
08. 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りしたことがありますか。	はい 薬・食品名( )	いいえ	
09. 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	
10. 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	
11. 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	
12. 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	
13. (女性の方に)現在妊娠していますか。 ※かかりつけの産婦人科医の了承を得ましたか。	はい 妊娠( )週目 はい	いいえ いいえ	
14. (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	
15. 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[ 古林 裕晶 ]

### 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 <input type="checkbox"/> 0.5ml <input type="checkbox"/> 3歳以上	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.25ml <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上3歳未満	医療機関名: つくしこどもクリニック 医師名: 古林 裕晶	