

# インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

※接種ご希望の方は、太枠内にご記入下さい。

※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。

住所	〒	診察前の体温	度	分
フリガナ		TEL ( )	—	
受ける方の氏名		生年月日		男・女
(保護者の氏名)		S・H・R 年 月 日		
		歳	ヵ月	

質問事項		回答欄		医師記入欄
1	本日どちらのワクチンを希望しますか。	通常ワクチン ・ チメロサルフリー		
2	今日受ける予防接種について説明(裏面)を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
3	(お子様の場合)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	
4	今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか。	2回目(前回接種日: / )	1回目	
5	今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある(具体的に )	ない	
6	最近1カ月以内に風邪症状を含む病気にかかりましたか。	はい(病名 )	いいえ	
	その時、熱が出ましたか。	はい(解熱日: / )	いいえ	
7	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	
	治療(投薬など)を受けていますか。	はい(薬名 )・いいえ	いいえ	
	その医師に、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
8	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ていますか。	はい(病名)	いない	
	その医師に、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	いいえ	はい	
9	1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくなどにかかった方はいますか。	いる(病名)	いない	
10	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( 歳頃)	ない	
	その時、熱が出ましたか。	はい	いいえ	
11	薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹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。	ある(薬または食品の名前)	ない	
12	近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
13	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。	ある(予防接種名・症状)	ない	
14	(女性の方)現在妊娠していますか。	はい( 週)	いいえ	
	主治医に、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	いいえ	はい	
15	今日の予防接種について質問や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下さい。			

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(実施できる ・ 見合わせる)と判断致します。本人又は保護者に対して、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ました。

医師署名又は記名押印

## 本人(保護者)記入欄

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。

( 接種を希望します ・ 接種を希望しません )

本人署名(高校生以下は保護者が自筆署名)

(代筆者の場合: 続柄 )

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
<input type="checkbox"/> インフルエンザHAワクチン	皮下接種	実施場所: ひまわり小児科
<input type="checkbox"/> フルービックHAシリンジ	<input type="checkbox"/> 0.5ml	医師名: 深澤 ちえみ
Lot No:	<input type="checkbox"/> 0.25ml	接種年月日: 年 月 日

# 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、表面の予診票に出来るだけ詳しくご記入下さい。お子様の場合には、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入下さい。

## ワクチンの効果と副反応

予防接種により、インフルエンザ感染を予防したり、症状を軽くすることができます。また、インフルエンザによる合併症や死亡を予防することが期待されています。

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、リンパ節腫脹、嘔吐、嘔気、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、発疹、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみなどもまれに起こります。強い卵アレルギーのある方は、強い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。非常にまれにですが、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(蕁麻疹、呼吸困難、血管浮腫等)②急性散在性脳脊髄炎(ADEM)(接種後数日から2週間以内の発熱、頭痛、痙攣、運動障害、意識障害等)③ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害等)④痙攣(熱性痙攣を含む)⑤肝機能障害、黄疸⑥喘息発作 このような症状が認められたり、疑われた場合にはすぐに医師に申し出て下さい。なお、健康被害が生じた場合の救済については、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 明らかな発熱のある人(37.5℃以上)
- 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下さい。
- ④ その他、医師が予防接種を受ける事が不適当と判断した人

## 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 風邪などのひき始めと思われる人
- ④ 予防接種を受けた時に、2日以内に発熱、発疹、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常が見られた人
- ⑤ 薬の投与又は食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある人
- ⑥ 今までに痙攣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指摘されたことがある人
- ⑧ 妊娠の可能性のある人
- ⑨ 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人

## 予防接種を受けた後の注意

- ① インフルエンザワクチンを受けた後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、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。
- ② 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすることはやめましょう。
- ③ 接種当日は、接種部位を清潔に保ち、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、高熱や痙攣等の異常な症状が出た場合には、速やかに医師の診察を受けて下さい。

## 体温測定についてのお願い

- ① 来院する直前に自宅で体温測定し、予診票に記入して下さい。

## 医療機関名

神奈川県川崎市中原区小杉町3-1501-1 セントア武蔵小杉A棟3F

ひまわり小児科 TEL 044-711-0151

# 2024年度インフルエンザワクチンについてのお知らせ

## ひまわり小児科の インフルエンザワクチン接種

- ◆ 10月1日(火)より接種開始
- ◆ 対象：生後6ヶ月～大人の方 ※大人の公費接種は  
行っておりません
- ◆ 診察受付時間内いつでも接種OK★  
→次ページに詳細あり
- ◆ 受付方法：当日WEB受付・窓口受付  
事前予約なし在庫限り
- ◆ ただしフルミストのみ要予約  
お電話もしくは窓口で承ります  
**詳細は「もっと知りたいフルミスト」投稿で！**
- ◆ チメロサルフリーもワクチン確保可能  
当日でも在庫あれば選択可
- ◆ 他のワクチンと同時接種OK  
(フルミストは除く)
- ◆ LINEの登録で最新情報GET

予約開始日は  
HPで  
お知らせ

Instagram  
プロフィールから  
お友達登録  
してね

## インフルエンザワクチン接種 受付時間

【平日】  
8:50～13:00 / 16:00～18:30

【土曜】  
8:50～13:00

🌐WEB受付  
8:00～12:30 / 15:00～18:00

HP・LINEの  
WEB予約から

- 予防接種のみの方  
→『予防接種(当日順番予約)』
- 診察やお薬もご希望の方  
→『一般診察+予防接種(当日順番予約)』



15:00～16:00は乳幼児健診と  
低月齢の予防接種専用時間です  
インフルエンザワクチンのみの方は  
ご利用いただけません

## インフルエンザワクチンの 対象年齢と接種回数・料金

種類	対象年齢/接種量と接種回数	料金
フルミスト [経鼻]	2歳～19歳未満/0.2mlを1回	9000円
チメロサル フリー	3歳～13歳未満/0.5mlを2回 13歳以上/0.5mlを1回	一律 4000円/回
通常の インフルエンザ ワクチン	6ヶ月～3歳未満/0.25mlを2回	2800円/回
	3歳～13歳未満/0.5mlを2回 13歳以上/0.5mlを1回	3300円/回 3800円

- ★お支払いは現金・キャッシュレス決済  
(クレジットカード・電子マネー)
- ★インフルエンザのみの領収書発行可能



## 持ち物



- ◆ **母子手帳 ※中学生以下は必須**  
今年度1回目のインフルエンザワクチン接種が  
他院の場合は必ず母子手帳に記入してもらって  
ください  
(確認できない場合、ワクチン接種をお断りする  
事があります)
- ◆ **予診票**  
クリニックにもありますが、ひまわり小児科の  
HP・LINEメニューボタンよりダウンロード  
できます  
来院前に記入しておくことで滞在時間の短縮になります
- ◆ **診察券**
- ◆ **保険証orマイナンバーカード**
- ◆ **医療証** (お持ちの方)
- ◆ **お薬手帳** (直近もしくは現在薬を使用している方  
処方もご希望の方)



## ひまわり小児科より インフルエンザワクチン接種に関するお願い

- ★1週間以内に発熱(37.5℃以上)があった場合や  
医師により不相当と判断された場合は  
接種できません
- ★診察・お薬の処方・他のワクチン接種も  
ご希望の場合は必ず受付時にお伝えください
- ★中学生以下のワクチン接種は予診票に保護者の  
サインと保護者同伴をお願いします
- ★高校生は予診票のサインはご本人で構いません  
保護者同伴が難しい場合は緊急時に連絡が取れる  
ようにしておいてください  
(母子手帳もあればお持ちください)
- ★大人の方の公費接種は行っておりません  
(同フロアのこすぎ耳鼻科で承っています)
- ★通院中・薬服用中・妊娠中の方はご来院前  
に必ず主治医に接種の可否をご確認ください



## スムーズな接種のための お役立ち情報

- ♥ 予診票はダウンロード  
→滞在時間を短縮
- ♥ WEB予約(当日順番予約)を活用  
→待ち時間を短縮
- ♥ 受付手続き後に『外出札』をGETして外出  
→院内待機時間を削減  
△診察終了時間までにはお戻りください
- ♥ インフルエンザワクチン接種のみなら  
来院直前の自宅検温データでOK!!
- ♥ 混雑時はベビーカーを廊下に置いて  
移動もスムーズ(貴重品はお持ちください)
- ♥ 予防接種のみの方は別ルートでご案内  
→廊下での待機がおすすめ、クリニック入口にて  
お呼び出しいたします  
(待合室は具合の悪い方を優先にご案内しています)

