

インフルエンザ 予防接種



特別価格で実施します!!

通常 ~~¥4,400~~ (税込) ↓

特別価格 **¥3,000** (税込)

事前
予約制

申し込み

9月26日 月 ~

接種期間 10月3日 月 ~ 12月28日 水



ご予約方法

受診の際に窓口でも申し込みいただけます。

ご不明な点がございましたら、お電話でお問い合わせください。

WEB予約 (24時間受付)

コチラをクリック↓

<https://cmg-fureai.reserve.ne.jp/sp/index.php?>

電話予約・お問い合わせ

050-5526-5400

受付 09:00~12:00 / 14:00~17:00 日・祝 休診

お願い

可能な方は、次ページの予診票を印刷いただき、
必要事項を記入の上、接種当日お持ちください。

予診票は次ページ↓



コンバスメディカルグループ

ふれあいの丘

内科 内視鏡 健診

クリニック

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

No _____

*接種希望の方へ：太ワク内を記入・□にレ点(クリック)して下さい。
*お子さんの場合は、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

診察前の体温： _____ °C

住所	〒 _____		
フリガナ	_____	性別	男 ・ 女
氏名	_____	生年月日	年 月 日 (歳)
代理人の氏名(続柄)	(_____)	連絡先(接種者本人)	- -

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受ける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	<input type="checkbox"/> はい	
2. 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。	いいえ ()回目	<input type="checkbox"/> はい	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい(具体的に)	<input type="checkbox"/> いいえ	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい(病名) 薬をのんでいますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いいえ	
5. 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。	はい(病名)	<input type="checkbox"/> いいえ	
6. 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)	<input type="checkbox"/> いいえ	
7. 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	<input type="checkbox"/> いいえ	
8. 今までにけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。	はい 回ぐらい 最後は 歳頃	<input type="checkbox"/> いいえ	
9. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹や蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい(薬または食品の名前)	<input type="checkbox"/> いいえ	
10. これまで間質性肺炎、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。	はい 歳頃 <input type="checkbox"/> 現在治療中 <input type="checkbox"/> 治療していない	<input type="checkbox"/> いいえ	
11. これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか。	はい(予防接種名・症状)	<input type="checkbox"/> いいえ	
12. 1ヶ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。	はい(病名・症状)	<input type="checkbox"/> いいえ	
13. 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい(予防接種名・症状)	<input type="checkbox"/> いいえ	
14. (女性の方に)現在妊娠していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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があれば、具体的に書いて下さい。			

医師の記入欄

医師の署名又は記名捺印

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上で、接種を希望しますか。

本人の署名

(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

使用ワクチン名	インフルエンザHAワクチン	用法・用量	医療機関・接種日時
Lot.No		皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5 mL (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25mL (6か月以上3歳未満)	医療法人社団CMG ふれあいの丘内科内視鏡健診クリニック
備考			接種日時： 令和 年 月 日 時 分

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に関してのみ使用いたします。

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あたって、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、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、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(蕁麻疹、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)、(9)間質性肺炎、(10)脳炎・脳症、脊髄炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、(12)ネフローゼ症候群、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傷害など)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℃を超える人)
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下さい。
4. その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した人

[予防接種を受ける際に、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. カゼ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、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)で皮膚に発しんがあらわれたり、体に異常をきたしたことがある人
6. 今までにけいれん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、高熱やけいれん等の異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。