

2023年小児インフルエンザ予防接種

予約開始日 令和5年10月17日(火)～なくなり次第終了

接種開始日 令和5年10月23日(月)～

小児科：満6ヶ月(接種時に)～中学3年生が対象

接種日時	月～木曜日 13:30～16:30
実施場所	小児科外来
接種人数	完全予約制
予約方法	電話予約 木曜日 13:00～16:00 当センターの受診歴がない方は火・木の9:00～16:00間に2階小児科窓口へ直接予約を取りにお越してください。

接種費用

1回目4,700円(税込)

2回目3,000円(税込)

※他院で1回目接種され当院2回目の場合は4,700円(税込)

接種内容

※13歳未満は2回接種、13歳以上は1回接種

※1回目から2回目の接種間隔は2週間～4週間あけて接種

その他

ワクチンがなくなり次第終了させていただきます。
ワクチン以外の診察は原則おこなっておりません。

インフルエンザワクチン予診票

〈小学校6年生(12歳)以下の者対象〉

	接種回数	1回目 / 2回目	診察前の体温	度 分
住所				
受ける人の氏名		性別	生年月日	
保護者の氏名		男・女	平成・令和 年 月 日 (満 歳 か月)	

質問事項	解答欄		医師記入欄
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重()g 分娩時に異常がありましたか。 出生後に異常がありましたか。 乳幼児健診で異常があるとされたことがありますか。	あった あった ある	なかった なかった ない	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の治療(投薬など)を受けていますか。 病名()	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今回の予防接種を受けてよいと言われましたか	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()	はい	いいえ	
最近1か月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 病名()	はい	いいえ	
最近1か月以内に、予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()	はい	いいえ	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 その際に具合が悪くなったことがありますか	はい はい	いいえ いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 予防接種の種類()	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	はい	いいえ	
薬や薬品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。 ひきつけ(痙攣)を起こしたことがありますか。()歳ごろ その時熱が出ましたか。	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

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(可能 ・ 見合わせる)。
保護者に対して、予防接種の効果・目的・接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。
医師の署名又は記名押印

保護者の記入欄
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的・接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、以下のワクチン接種を(希望します ・ 希望しません)。
インフルエンザHAワクチン(4価ワクチン)[国内ワクチン]
令和 年 月 日 保護者自署

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所、医師名、接種年月日		
メーカー名	(皮下接種)	実施場所	社会医療法人 淡海医療センター	
lot No.	0.25ml・0.5ml	医師名		
		接種年月日	令和 年 月 日	

インフルエンザワクチン予診票

<中学生に相当する年齢(13歳以上)の者対象 : 保護者が同伴する場合>

		診察前の体温	度	分
住所				
受ける人の氏名	性別	生年月日		
保護者の氏名	男・女	平成・令和	年	月 日 (満 歳 か月)

質問事項	解答欄		医師記入欄
接種を受ける方の発育歴についておたずねします。 生まれた時の体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があると いわれたことがありますか。	あった	なかった	
生まれて今までに先天性異常、心臓、腎臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、 医師の治療(投薬など)を受けていますか。 病名()	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今回の予防接種を受けてよいと言われましたか	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()	はい	いいえ	
最近1か月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜ などの病気の方がいましたか。 病名()	はい	いいえ	
最近1か月以内に、予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()	はい	いいえ	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 その際に具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 予防接種の種類()	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	はい	いいえ	
薬や薬品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。 ひきつけ(痙攣)を起こしたことがありますか。()歳ごろ	はい	いいえ	
その時熱が出ましたか。	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

<p>医師記入欄</p> <p>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)。</p> <p>保護者に対して、予防接種の効果・目的・接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。</p> <p style="text-align: center;">医師の署名又は記名押印</p>

<p>保護者の記入欄</p> <p>医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的・接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、 以下のワクチン接種を(希望します ・ 希望しません)。</p> <p>インフルエンザHAワクチン(4価ワクチン)[国内ワクチン]</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日 保護者自署</p>

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所、医師名、接種年月日		
メーカー名		実施場所	社会医療法人 淡海医療センター	
lot No.		医師名		
		接種年月日	令和	年 月 日