## インフルエンザ予防接種のご案内

#### ☆完全予約制とさせていただきます☆

## ◆受付方法

予約開始日・接種開始日は HPまたは院内掲示でご確認ください

お電話もしくは窓口にて予約を受付けます。定員になり次第終了です。

予約せず来院されても接種できませんのでご注意ください。

※2回目を接種する場合は2~4週間あけた日程でご予約ください。

## ◆インフルエンザ予防接種の1回の料金

6ヶ月~12歳・・・・ 3,000円 1~2回接種(2回推奨)

13歳~・・・ 3,500円 1回接種

藤沢市(65歳以上)・・・・ 1,600円 ※接種可能年齢は

市外(65歳以上)・・・・ 3,500円 6か月以上です

#### ●持ち物

- ・ 診察券 (お持ちの方)
- ・ 健康保険証またはマイナンバーカード、医療証等
- ・インフルエンザ予防接種予診票

当院HPよりダウンロードor窓口にて事前に配布

母子手帳(中学生までは必ずお持ち下さい。

お忘れの場合は接種できません、ご注意ください)

・市内在住の65歳以上の方は住所確認ができるもの(保険証、マイナンバーカード\*、

免許証等)

◆接種時間 時間内にご来院されない場合キャンセルとなります

月・火・木・金 午前 9:00 ~ 11:30

午後 15:00 ~ 17:30

**土** 午前 9:00 ~ 11:30

#### ◆当日の流れ

①「来院前にかならずチェック」をしてください予診票の記入、検温はかならずご自宅でお願いします

診察もする場合は別

- ②ご来院ください。原則、webでの順番取りの必要はありません
- ③窓口で受付いたします。持ち物をご提示ください
- ④処置室にて接種いたします。窓口受付順にご案内します。
- ⑤お会計をして終了です。体調が悪くなったらすぐにご連絡ください

#### **◆そのほか**

- ・授乳中の方も接種可能です。妊娠中の方はご相談下さい。
- ・藤沢市内在住で65歳以上の方は別に問診票があります。ご連絡ください。

からさわ耳鼻咽喉科 TEL: 0466-26-3387

## 予約の前に かならずチェック!!



## 来院前にかならずチェック!!



- □ このご案内を読んだ
- □ 手元に診察券、母子手帳がある

- □ 検温をして熱がなかった
- □ 予診票に記入漏れがない
- □ 持ち物をすべて持った
- □診察券(初診以外) □予診票 □母子手帳(中学生以下)
- □保険証またはマイナンバーカード、医療証
- □ マスクを着用している

#### ◆よくあるご質問

- O 診察も一緒に受けられますか?
- A できます。この場合は、webで順番をとってからご来院ください。
- Q 当日、webでの順番取りは必要ですか?
- A いいえ。接種時間内に直接窓口へご来院ください。
- O 予診票の印刷ができません。
- A 窓口で配布しています。前日までに取りにいらしてください。
- O キャンセルした場合、ワクチンは取り置いてくれますか?
- A 事前のキャンセル…取り置きできません。改めてご予約ください。 診察後の見合わせ…取り置きます。体調が回復次第ご連絡ください。
- O 2回接種するとき、どちらか1回をほかの病院で受けてもいいですか?
- A 当院では可能です。受けたいほかの病院には別途ご確認ください。
- O 2回接種するとき、1回目から4週間以上空いてしまっても接種できますか?
- A できます。早めに接種しましょう。
- O 初診でも、予防接種の予約はできますか?
- A できます。予診票とは別に、問診票も記入のうえご持参ください。 予診票と同じく、問診票も当院HPからダウンロードができます。
- O 支払いにクレジットカードや電子マネーは使えますか?
- A 使えません。現金払いのみとなりますのでご了承ください。
- O 妊娠中ですが、接種はできますか?
- A かかりつけの婦人科にご相談の上、許可があれば当院で接種ができます。

# インフルエンザ予防接種・予診票 田意接種用

TEL(
学的接種を受ける人の氏名
(保 護者の氏名)
( 魔 ヶ月
1. 今日受けられ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(回目) 前回の接種は(月日) はい           2. 今日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン1回目ですか         前回の接種は(月日日) はい           3. 【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】         ある (具体的に) ない           4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか         ある (具体的に) ない           5. 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           6. 最近1ヶ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ などにかかった方がいますか         いる (病名) いない           8. 最近1ヶ月以内に万親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ などにかかった方がいますか         はい (予防接種名) いない           9. インフルエンザの予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか         ある (症状: ) ない           10. ありますか         ある (学験種名: (症状: ) ない           11. 霊性腫瘍、その他の病気 (た天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気 (たかり、医師の診断を受けたことがありますか ない、最後は 年 月ごろ ない、最後は 年 月ごろ ない、最後は 年 月ごろ ない、「おる"の場合) ひきつけ (けいれん) を起こしたとき、熱は出ましたか はい ( C) いいえ ある ( 年 月ごろ おる ( 単生) ます) ますか ますか ない、最後は 年 月ごろ おる ( 単生) ますか ない はない ( C) いいえ ある ( 単生) ますか ない ( 本) までに回賃性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断された またがありますか ない ( ない) (
2. 今日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン1回目ですか       いいえ(回目)前回の接種は(月日)       はい         3. 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         4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか       はい (病名)       いいえ         5. 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         6. 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか       はい (病名)       いない         7. 最近1ヶ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ       いる (病名)       いない         8. 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか       はい (予防接種名)       いいえ         9. インフルエンザの予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか       ある (症状: ) 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 (月体的に)       ない         11. 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       ない       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       はい いいえ       いいえ         12. 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 (こ) いいえ       ない 最後は 年 月ごろ ない 最後は 年 月ごろ ない 最後は 年 月ごろ ない よい またがありますか       ない (年 月ごろ ない りまびか) まなりますか       ない (本の者) ひきつけ (けいれん) を起こしたとき、熱は出ましたか ある (薬、食品名)       ない またがありますか で皮膚に発疹やじんましんが出たり、
2. ラロマリられるオンカルエンリのア的技種はマシー入ノに自己ですが 前回の接種は( 月 日) はい 3. 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 4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか ある (具体的に) ない 5. 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 た。最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか はい (病名) いいえ はい (病名) いいえ はい (病名) いいない ままがった方がいますか はい (方筋接種を) いない 8. 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか はい (予防接種名) いいえ 9. インフルエンザの予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか ある (症状: ) ない ありますか ある (子的接種名: (症状: ) ない たまでに特別な病気 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症・症状: ) ない (である"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 はい いいえ こと, 会までにひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか はい (である"の場合) ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか ない (である"の場合) ひきつけ (けいれん) を起こしたとき、熱は出ましたか ある (異に動き、治療ではい ない まつき (異に動き、治療ではい ない まつき (異に動き、治療ではい ない ある (集) 現れる (発) ますか ある (集) 最終は 年 月ごろ ある (集) まい ある (集) 最終は 年 月ごろ ある (異に動き、治療ではい ない ある (集) 食品名) まい ある (集) 最終な (発) 現れる (第) 最終な (年 月ごろ ある (異に動き・治療ではい ない ある (集) 食品名) まい ある (集) 食品名) まい ある (集) 食品名)
4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか       ある (具体的に)       ない         5. 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         6. 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか       いる (病名)       いない         7. 最近1ヶ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ       いる (病名)       いない         8. 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか       はい (予防接種名)       いいえ         9. インフルエンザの予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか       ある (症状: ) ない         10. オンフルエンサ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. 悪性腫瘍 その他の病気 (たかかり、医師の診断を受けたことがありますか       ある (具体的に)         ("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 はい いいえを受けて良いといわれましたか       ない (最後は 年 月ごろ) ない (である"の場合) ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか       ない (ない で) いいえ (最後は 年 月ごろ) ない (おきでに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断された (無後は 手)に対し、対しいえ (無後は 手)に対し、対しい (ない) (ない) (ない) (ない) (ない) (ない) (ない) (ない
4. ラロ、普段と違って具合の悪いところがありますが はい (病名) いいえ にい (病名) いいえ にい (病名) いいえ にい (病名) いいえ にい (病名) いいえ のまか になどにかかった方がいますか はい (予防接種名) いない (方の接種を受けましたか はい (予防接種名) いいえ のまりますか はい (予防接種名) ない もる (症状: ) ない もの (赤りますか はい (予防接種名) ない もの (赤りますか はい (予防接種名) ない たまでは利力な病気 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、症状: ) ない にある"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 はい いいえ ある (具体的に) 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 はい いいえ ある (具体的に) ない ("ある"の場合) ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか はい (である"の場合) ひきつけ (けいれん) を起こしたとき、熱は出ましたか はい (こことがありますか) ない 最後は 年 月ごろ ない とこことがありますか はい (こことがありますか) ない 最後は 年 月ごろ ない 最後は 年 月ごろ ない はい (こことがありますか) ない 最後は 年 月ごろ ない 最後は 第9、鶏肉など) で皮膚に発疹やじんましんが出たり、ある (薬、食品名) ない ます かる (薬、食品名) ない
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか
6. 最近 1 ヶ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ 7. などにかかった方がいますか 8. 最近 1 ヶ月以内に予防接種を受けましたか 8. 最近 1 ヶ月以内に予防接種を受けましたか 9. インフルエンザの予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか 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 ある (浄防接種名: (症状: ) ない 10. オ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 ある (予防接種名: (症状: ) ない 11. 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 ("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 はい いいえ 12. 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 ("ある"の場合) ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか はい ("ある"の場合) ひきつけ (けいれん) を起こしたとき、熱は出ましたか はい (で) いいえ 13. ことがありますか カる (葉、食品名) ない まない ない はい (で) いいえ
8. 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか はい (予防接種名) いいえ 9. インフルエンザの予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか ある (症状: ) 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 ある (予防接種名: ) ない がありますか がまずか がいますか ある (見体的に) ない (症状: ) ない (症状: ) ない (症状: ) ない 11. 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 いいえ を受けて良いといわれましたか はい にある"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 はい いいえ を受けて良いといわれましたか はい (である"の場合) ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか (最後は 年 月ごろ) ない (である"の場合) ひきつけ (けいれん) を起こしたとき、熱は出ましたか はい (で) いいえ カまでに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断された ことがありますか ある (薬の場合) ひきつけ (けいれん) を起こしたとき、熱は出ましたか はい (ない た) ない ある (薬の場合) ひきつけ (けいれん) を起こしたとき、熱は出ましたか はい (ない た) ない ある (薬の場合) ひきのけ (対いれん) を起こしたとき、熱は出ましたか ある (薬の場合) ひきのけ (対いれん) を起こしたとき、熱は出ましたか ある (薬の場合) ない ない ない 薬や食品 (鶏卵、鶏肉など) で皮膚に発疹やじんましんが出たり、 ある (薬、食品名) ある (薬、食品名) ますい またい またり で皮膚に発疹やじんましんが出たり、 ある (薬、食品名) またり ない またり で皮膚に発疹やじんましんが出たり、 ある (薬、食品名) またり ない またり で ない またり で皮膚に発疹やじんましんが出たり ある (薬、食品名) またり で たんが出たり ある (薬、食品名) またり で たんが出たり たましんが出たり ある (薬、食品名) またり で たんが はい またり で たんが はい またり で たんが 出来り で 皮膚に発疹やじんましんが出たり ある (薬、食品名) またり で たんが はい またり で たんが 出来り で 皮膚に発疹やじんましんが出たり ある (薬、食品名) またり で たんが 出来り で 皮膚に発疹 やじんましんが出たり ある (薬、食品名) またり で たんが 出来り で ため (薬・食品名) またり で たんが 出来り で 皮膚に発疹 やじんましんが 出たり ない またり で ため (薬・食品名) またり で たんが 出来り で たんが 出来り で ため (薬・食品名) またり で たんが 出来り で ため (薬・食品名) またり で ため (薬・食品 (鶏卵、鶏卵 など) で 皮膚に発疹 いび はんが
8. 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか
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 ある(予防接種名: (症状: ) ない 今までに特別な病気 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、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 いいえ を受けて良いといわれましたか はい につる でる 回くらい 最後は 年 月ごろ はい (である"の場合) ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか はい (である"の場合) ひきつけ (けいれん) を起こしたとき、熱は出ましたか はい ( C) いいえ 3. ことがありますか おの場合) ひきつけ (けいれん) を起こしたとき、熱は出ましたか はい ( C) いいえ 3. である。ことがありますか おりますか おの (薬・食品名) ない ない 薬や食品 (鶏卵、鶏肉など) で皮膚に発疹やじんましんが出たり、 ある (薬、食品名) ない ない ない 薬や食品 (鶏卵、鶏肉など) で皮膚に発疹やじんましんが出たり、 ある (薬、食品名)
11. 今までに特別な病気 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、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
11. 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 ("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  12. 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 ("ある"の場合) ひきつけ (けいれん) を起こしたとき、熱は出ましたか はい (である"の場合) ひきつけ (けいれん) を起こしたとき、熱は出ましたか はい (で) いいえ  13. 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断された ある (年 月ごろ 現在治療中・治療していない) ある (薬、食品名) ない  14. 薬や食品 (鶏卵、鶏肉など) で皮膚に発疹やじんましんが出たり、ある (薬、食品名)
を受けて良いといわれましたか  12. 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  ("ある"の場合) ひきつけ (けいれん) を起こしたとき、熱は出ましたか  はい ( °C ) いいえ  13. 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断された ことがありますか  ない  本る ( 年 月ごろ ) ない  現在治療中・治療していない ) ある (薬、食品名) ない  本は、  本は、  本は、  本は、  本は、  本は、  本は、  本は
12. 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  ("ある"の場合) ひきつけ (けいれん) を起こしたとき、熱は出ましたか はい ( °C) いいえ  今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断された 13. ことがありますか  本い  ある ( 年 月ごろ ) ない  ない  ない ある ( 東 月ごろ ) ない  ない ある ( 東 月ごろ ) ない ある ( 東 月ごろ ) ない  ない ある ( 東 月ごろ ) ない
今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断された ある (年 月ごろ ) ない ない 変や食品 (鶏卵、鶏肉など) で皮膚に発疹やじんましんが出たり、 ある (薬、食品名) ない ましい
13. ことがありますか
1.4 薬や食品 (鶏卵、鶏肉など) で皮膚に発疹やじんましんが出たり、 ある (薬、食品名) おいましたが出たり、 ある (薬、食品名)
15. 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
16. 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
17.【女性の方に】現在、妊娠していますか はい いいえ
18. 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ご記入ください(投薬状況など)
医師の記入欄:以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は( 可能 ・ 見合わせる )
基づく救済について、説明した。 医師の署名又は記名押印 理 事 長 日 井 大 祐
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、 本人の署名(もしくは保護者の署名) 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 )
使用ワクチン名・メーカー名 接種量 実施場所・医師名・接種日時
使用したワクチンにチェックを入れてください。 (皮下接種) 実施場所 〒251-0003 神奈川県藤沢市柄沢560-4-1
↑ プルエンサHA リクチン
Lot No.