

## 企業インフルエンザ予防接種 ご担当者様へ

1. ご希望のインフルエンザ予防接種の日時が決まりましたら、お早めにお申し込みいただきますようお願いいたします。
2. 希望日直前のお申込みですとご希望に添えない場合がございます。
3. 土曜日は大変混雑いたします。比較的空いています平日午後のご予約をお勧めしています。
4. **企業インフルエンザ予防接種申込書** と **受診者様名簿** を FAX もしくはメールにてお送りください。ご予約日時が確定次第、当方から連絡いたします。
5. ご予約のキャンセル・ご変更等ございましたら、必ずご連絡をお願いいたします。
6. **そねクリニック新宿でインフルエンザ予防接種を受けられる方へ** の内容を受診者様(社員様)に周知いただきます様、お願いいたします。また、**インフルエンザ予防接種予診票** を事前に印刷いただき社員様にお渡しください。

### インフルエンザ予防接種費用

・1回 3,800円(税込)

※東振協インフルエンザ予防接種利用券を使用される場合は費用が異なります。詳しくは東振協のホームページをご参照ください。( <http://www.toshinkyō.or.jp/influenza.html> )

## そねクリニック新宿でインフルエンザ予防接種を受けられる方へ

この度は、そねクリニック新宿でインフルエンザ予防接種をご予約頂きましてありがとうございます。当クリニックは安心・正確かつスムーズに予防接種を行うため、下記の内容に同意いただき、順守いただく様お願いしております。

1. 事前に **インフルエンザ予防接種予診票** をご記入いただき忘れずにお持ちください。
2. ご予約日時にご来院いただきましたら、受付にて必ず御社名とお名前をお伝えください。その際、事前にご記入いただいた **インフルエンザ予防接種予診票** をご提出ください。
3. 所要時間は概ね 30 分を予定しています。但し、他の診療の都合等で予定時間を超える場合があります。
4. 当クリニックの場所は下記の地図やホームページでご確認ください。わからなくなった場合は伊勢丹の角（新宿通りと明治通りの交差点）から右手に 100mほど行くとミヤマ商会という黄色い看板のカメラ屋が見えてきます。そのビルの3階です。

医療法人社団恒正会そねクリニック新宿

〒160-0022 東京都新宿区新宿 3-32-8 新宿中央口ビル 3F

Tel:03-3356-3888 FAX:03-5367-1651

E-mail: info.shinjuku@soneclinic.com



# 企業インフルエンザ予防接種申込書

FAX: 03-5367-1651

E-mail: info.shinjuku@soneclinic.com

企業様名(支店名)

当クリニックご利用回数(該当する項目に✓を記入ください)

- 初回                       2回目以降

インフルエンザ予防接種費用のお支払い方法(該当する項目に✓を記入ください)

- 請求書 ※下記に送付先御住所の記入をお願いいたします  
 当日 窓口で現金でのお支払い  
 東振協インフルエンザ予防接種利用券

※差額がある場合:

- 請求書 ※下記に送付先御住所の記入をお願いいたします  
 当日 窓口で現金でのお支払い  
 その他( )

請求書送付先ご住所

〒 \_\_\_\_\_

電話番号

FAX 番号

ご担当者様名(部署/お名前)

連絡事項

※次ページの名簿記入をお願いいたします。カルテ・問診表作成以外には使用いたしません。

(企業名)

## インフルエンザ予防接種 接種様名簿

カルテNo.	No.	お名前	フリガナ	性別	生年月日	希望日	希望時間帯 午前・午後
(記入例)	12	曾根 太郎	ソネ タロウ	男	1975/1/1	1/25	午前・午後 10時台
	1						午前・午後
	2						午前・午後
	3						午前・午後
	4						午前・午後
	5						午前・午後
	6						午前・午後
	7						午前・午後
	8						午前・午後
	9						午前・午後
	10						午前・午後
	11						午前・午後
	12						午前・午後
	13						午前・午後
	14						午前・午後
	15						午前・午後

# インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

\*接種希望の方へ:太ワク内にご記入下さい。

\*お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入下さい。

診察前の体温 \_\_\_\_\_ 度 分

住 所	TEL( ) -	
(フリガナ)	( )	男
受ける人の氏名	生年	明治・大正・昭和・平成
(保護者の氏名)	年月日	年 月 日生
		( 歳 ヲ月)

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(裏面)を読んでも理解しましたか。	いいえ	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 前回の接種は ( 月 日)	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( )	いいえ	
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	
4. その場合、治療(投薬など)を受けていますか。	はい・いいえ		
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい・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( )	いいえ	
6. これまでに特別な病気(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	
7. 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、現在、治療中ですか。	はい ( ) 年 ( ) 月頃 (現在治療中・治療していない)	いいえ	
8. これまでにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい ( ) 回ぐらい 最後は( ) 年 ( ) 月頃	いいえ	
9. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんやじんましんがでたり、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 ( )	いいえ	
10. 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	
11. 1ヶ月以内に家族や周囲で麻しん、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 病名( )	いいえ	
12. 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい 予防接種の種類( )	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。	はい 予防接種名・症状 ( )	いいえ	
14. (女性の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
15. (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 具体的に( )	いいえ	
16. 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。			

**医師の記入欄:**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) **医師の署名又は記名押印**

本人(もしくは保護者)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、説明した。

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)	本人の署名(もしくは保護者の署名)  (※自署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	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot.No.	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5mL(3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25mL(6ヵ月以上3歳未満)	実施場所: 医療法人社団恒正会そねクリニック新宿
カルテNo.		医師名: _____ 看護師名: _____
		接種年月日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載いただきました個人情報 Wakuchin 接種の予診に関してのみ使用致します。

# 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。お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入下さい。

## 〔ワクチンの効果と副反応〕

予防接種により、インフルエンザの発病を阻止したり、インフルエンザによる合併症や死亡など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、小水疱、蜂巣炎などがみられることがあります。過敏症として、発しん、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、そう痒、血管浮腫、精神神経系として、頭痛、一過性の意識消失、めまい、顔面神経麻痺等の麻痺、末梢性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反応、しびれ感、振戦、消化器として、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、筋・骨格系として、関節痛、筋肉痛、筋力低下があらわれることがあります（いずれも頻度不明）。その他に、発熱、悪寒、倦怠感、リンパ節腫脹、咳嗽、動悸、ぶどう膜炎があらわれることがあります。強い卵アレルギーのある方は、重篤な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、次のような重篤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(じんましん、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)脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、(4)ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)、(5)けいれん(熱性けいれんを含む)、(6)肝機能障害、黄疸、(7)喘息発作、(8)血小板減少性紫斑病、血小板減少、(9)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)、(10)間質性肺炎、(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障害など)が生じた場合については、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℃以上の人)
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  
又は、過去にその他の原因で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相当と判断した人

## 〔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. かぜなどの症状が出はじめたと思われる人
4. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱のみられた人及び発しん、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)で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことのある人
6. これまでにひきつけ(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のある人
8. 妊娠している人
9. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人

## 〔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。  
接種した医療機関に留まるなどして、様子を観察し、医師とすぐに連絡がとれるようにしておきましょう。
2. 接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
3. 接種当日はいつも通りの生活をしていただいてもかまいません。ただし、激しい運動は避けましょう。
4. 万一、接種後、接種局所の異常反応や体調の変化があらわれた場合は、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

**来院する直前に自宅で体温測定し、予診票に記入してください**