

☆Q & A☆

Q1 コロナワクチンのみで受診歴があります。かかりつけになりますか？

A、なりません。

大変申し訳ございません。

今年は例年の3~4割減の供給の為、過去に診察歴のあるかかりつけの患者様を優先しております。
お問合せ頂いてもお受けできません。

Q2 予約がいっぱい取れません

A、**お問い合わせをいただいても、予約を取ることはできません。**

予約はすべてインターネット予約のみになっています。

キャンセルがないかホームページの予約画面をご確認いただき
空きがありましたらご予約ください。

空きがあれば当日でも予約を取ることが可能です。

数日前くらいから体調不良等でキャンセルが出ることがあり、予約を取れる可能性があります。

Q3、インフルエンザ以外のワクチンと同時接種できませんか？

A、お断りしています。

当院では原則としてお受けしておりません。

別日にてご予約をお取りください。

Q4、接種間隔はどうすればいいですか？

A、4週間の間隔を空けてください。

当院では、1回目と2回目の間隔は4週間後を推奨しております。

※当院では6ヵ月~8歳までお子さんで、初めての接種の方と過去に1回のみ接種の方が対象です。

新型コロナウイルスワクチンの前後2週間は他のワクチンの接種ができません。

その他のワクチンとの接種間隔の制限はなくなりました。

Q5、接種時に診察も一緒にしてほしいです。ついでに薬だけください。

A、お断りしています。

インフルエンザ予防接種専用の時間帯は予防接種のみとなります。

通常診察時間内に再来院していただけるようお願いいたします。

待合が密にならないよう、スムーズにご案内するためご協力をお願いします。

Q6、予約していた日の都合が合わなくなってしまった。体調が悪くなった。

A、事前に連絡をください。又はご自身で予約サイトからお取り直しください。

体調不良の場合は接種不可の為、来院せずキャンセルを必ずお願いします。

当院へお問合せ頂いても、取り直しは行っておりません。

Q7 支払いでクレジットカードは使えますか？

A、使えません。

Q8 未成年ですが、1人で接種可能ですか？

A、高校生以上の方は同意書があれば可能です。

予診票と同意書を保護者の方がすべて記載の上ご持参ください。

(記載漏れがある場合、接種をお断りすることがあります)

中学生以下の方は、保護者様の同伴が必須となります。

※同意書と問診票はダウンロードしていただくか、当院まで取りに来てください。

【記載例】 黄色いマーカー部分の記載をした上でご持参ください。

| 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：太枠内にご記入下さい。 *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。 | | 診察時の体温 | 度 分 |
| 住所 | TEL() () () () () () | 性別 | 男 女 |
| 受ける人の氏名 | 生年 月 日 | 出生 | 明治・大正・昭和・平成 |
| (保護者の氏名) | 年 月 日 | 年 月 日 | 生 |
| 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が。 | はい/いいえ | はい/いいえ | |
| 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。 | はい/いいえ ()回目 前回の接種は()月()日 | はい/いいえ | |
| 3. 今日、体に発疹の懸念の箇所がありますか。 | はい 具体的に() | はい/いいえ | |
| 4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・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 病名() はい/いいえ はい/いいえ | はい/いいえ | |
| 5. 最近1ヵ月以内に病気がかかりましたか。 | はい 病名() | はい/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() | はい/いいえ | |
| 7. これまでアレルギー性鼻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) | はい/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()回くらい 最悪は()年()月頃 | はい/いいえ | |
| 9. 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、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() | はい/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 | はい/いいえ | |
| 11. 1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、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() | はい/いいえ | |
| 12. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 | はい 予防接種の種類() | 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。 | はい 予防接種名・症状() | はい/いいえ | |
| 14. (女性の方に)現在妊娠していますか。 | はい | 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() | はい/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等法に基づき救済について、説明した。 未成年者は保護者氏名を記載ください | | | |
| 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、接種を希望しますが、 (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) (未成年でない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び接種者との続柄を記載。捺印) | |
| 使用ワクチン名 | Lot. No. | 用法・用量 | 実施場所・医師名・接種年月日 |
| インフルエンザAワクチン <input type="checkbox"/> KM/バイオロジクス <input type="checkbox"/> デンカ生研 | | 皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5mL (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25mL (5ヵ月以上3歳未満) | 実施場所： 医師名： 接種年月日： 年 月 日 |
| カルテNo. | | | |
| 記載頂きました個人情報(ワクチン接種の予診)に関するのみ使用致します。 | | | |