

☆Q & A☆

Q1 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。

Q2、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。

Q3、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。

Q4、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。

Q5、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。

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。

住所		TEL() () () - () () ()	
受ける人の氏名	性別 男 女	生年 月 日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 生 (歳 ヵ月)
保護者の氏名			

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、体に異色の熱いところがありますか。	はい 具体的に()	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。 ・その病気の治療医には、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	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()	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. これまで慢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()回くらい 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()	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ヵ月以内に家族や周囲で発しん、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()	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等法に基づく救済について、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)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、代筆者氏名及び被接種者の続柄を記載。捺印)
---	---

使用ワクチン名	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 (6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。