

インフルエンザワクチンの接種について

10月からインフルエンザの予防接種を行います。通常の外来診察時間帯にインフルエンザの予防接種のご予約が集中してしまうと大変混雑してしまうため、**インフルエンザ予防接種の為の時間を設ける**ことに致します。通院中の方も含め、可能な限りこの時間帯でのご予約をお願いいたします。問診表(ダウンロード可能)の記載を済ませてご持参下さい。当院通院中の方の場合、診察日に接種可能ですがご予約は必要です。

予約での料金

3歳～12歳の方(基本2回接種) 1回目 3000円 2回目 3000円

13歳以上の方 3500円

65歳以上の方 袋井市・掛川市・磐田市 1600円

予約日：10/19～12/14までの毎土曜日 14:00～16:00(11/2・11/23は休診日です)

ご予約は当院受付あるいは電話にて申し込み下さい (TEL 41-2960 12:00～15:00)

インフルエンザワクチン予約(ワクチン接種のみの予約です)のため診療相談は受け付けません

予約以外での接種：来院当日(外来診察日を含め)接種希望の場合、4000円とさせていただきます。

[ワクチンの効果と副反応]

予防接種により、**インフルエンザ感染を予防したり、症状を軽くすることができます**。また、**インフルエンザによる合併症や死亡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**ことがあります**通常は2～3日で消失**します。発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、めまい、リンパ節腫脹、嘔吐、下痢などもまれに起こります。**強い卵アレルギーのある方は強い副反応を生じる可能性がありますので必ず申し出て下さい**。非常にまれですが、次のような副反応が起こることがあります。

- 1、ショック・アナフィラキシー様症状(蕁麻疹・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、ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ・歩行障害など)
- 4、肝機能障害・黄疸
- 5、喘息発作

このような健康被害が生じた場合の救済については、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、37.5℃以上の発熱のある人
- 2、現在、重篤な急性疾患にかかっている人
- 3、過去にインフルエンザワクチンの接種で、アナフィラキシーを起こしたことがある人
- 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

[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。しばらく様子を観察し、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。
- 2、接種当日の入浴は差し支えありませんが、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- 3、接種当日は、接種部位を清潔に保ちましょう。注射した部位をこすることはやめましょう。
- 4、万一、高熱やけいれん等の異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。

インフルエンザ予防接種 問診票

太線の枠内の記入をお願いします

受付 () 会計 ()

住所 電話番号	〒	TEL ()	診察券 番号	
フリガナ		性別	生 年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日
接種者氏名		男 女		歳
保護者氏名 <small>接種者が未成年の場合</small>				
質問事項			回答欄	
現在の年齢で該当する欄に○をつけて下さい 3歳～12歳 ・ 13歳以上 ・ 65歳以上 ※65歳以上の方は公費専用の問診票をご利用下さい			体温	℃
1, 今日受ける予防接種の説明は読んで理解されましたか			いいえ	はい
2, 今年のインフルエンザ予防接種は			2回目(1回目 月 日)	1回目
3, 本日の具合の悪いところがありますか または1ヶ月以内に病気にかかりましたか			ある(具体的に)	ない
4, 1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜなどにかかった方はいますか ※潜伏期間が2-3週間あるため、その場合は効果が出ない場合がありますので接種をお勧めしません			いる(病名)	いない
5, 現在、何かの病気にかかっていますか			はい(病名)	いいえ
6, 熱性けいれんを、8週間以内に起こしましたか ※8週間以内に初回の熱性けいれん発作がある場合、接種をお勧めしません			はい	いいえ
7, 薬・食べ物(卵・鶏肉など)・予防接種で具合が悪くなったことがありますか			ある(薬・食品・注射)	ない
8, (女性の方のみ)現在妊娠していますか			はい	週
9, 4週間以内に何かの予防接種を受けましたか			はい(予防接種名)	いいえ
10, 以前にインフルエンザの予防接種を控える様に言われたことがありますか			はい	いいえ
11, 6ヶ月以内にガンマグロブリンの点滴治療を受けましたか			はい	いいえ
12, 高血圧・高脂血症・糖尿病を指摘されている方で、動脈硬化の有無の検査を希望されますか			希望します	いいえ
★12歳までのお子さんは2～4週間後に2回目の接種をお勧めします			すべての質問に チェックできましたか	<input type="checkbox"/> はい
医師の診察・説明を受けて、本日の接種を希望されますか			<input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません	本人自署(高校生以下は保護者署名)
スタッフ 確認	インフルエンザHAワクチン <input type="checkbox"/> 0.5ml 皮下注(3歳以上)	Lot NO.	本日の接種は 可能と判断	
			医師名 : 赤羽伸一	

実施場所

接種年月日