

インフルエンザ予防接種のご案内(小児用)

予防医療センター

<対象者>

6か月～15歳以下(中学生まで)

* 入院患者は対象外となります

<実施期間>

令和5年11月2日(木) ～ 12月21日(木)

<実施日時>

木曜日の13:30枠／14:00枠／14:30枠

<実施場所>

予防医療センター

<1回分費用>

- | | |
|-----------------|--------|
| ◆ 安城市の補助券をお持ちの方 | 3,950円 |
| ◆ 上記以外の自費の方 | 4,950円 |

<注意事項>

- ◆ 「インフルエンザ予防接種の受診補助券」はお取り扱いできません
- ◆ 別紙の予診票をコピーするか、予防医療センターリンクにある予診票をプリントアウトし、記入してお持ちください
- ◆ 治療中の病気がある方は、主治医の許可(サインまたは押印)を必ず受けてください
- ◆ ワクチンの供給状況により、2回目接種をお取りできない場合がありますのでご了承ください

インフルエンザ予防接種予診票

氏名	診察券番号
住所 〒 -	性別 男・女
	生年月日 T・S・H・R 年 月 日生 (満 歳)
電話番号	

平常の体温 度 分	診察前の体温 度 分
-----------	------------

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日、身体の具合の悪いところがありますか 症状を書いてください。()	は い	いいえ	
2. 現在、何か病気にかかっていますか病名 () 治療(投薬)などを受けていますか	は い は い	いいえ いいえ	
3. 現在、病気治療中の方は、主治医の許可がありますか 令和 年 月 日 主治医サインまたは押印 []	は い	いいえ	
4. 免疫不全と診断されたことがありますか	は い	いいえ	
5. ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	は い	いいえ	
6. インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 その際に具合が悪くなったことはあります	は い は い	いいえ いいえ	
7. けいれんをおこしたことがありますか	は い	いいえ	
8. 4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名(接種日 /)	は い	いいえ	
9. 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などにかかったことがありますか 病名()	は い	いいえ	
10. 最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか 病名()	は い	いいえ	
11. 【女性の方】現在、妊娠中ですか?(妊娠 週目)	は い	いいえ	
12. 【小児の方】出生時や乳幼児健診などで異常がありましたか	は い	いいえ	
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・不可) 医師のサインまたは押印 []			
医師の診察の結果、説明を受け、インフルエンザの予防接種の効果や副反応などについて 理解した上で、接種を希望しますか (はい ・ いいえ) 令和 年 月 日 本人または保護者サイン []			
使用ワクチン	接種量	実施場所：安城更生病院 予防医療センター	
Lot.No.	ml	医師サイン [] または押印 []	
接種年月日：令和 年 月 日			