

## 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6年11月7日(木)～12月19日(木)

### <実施日時>

木曜日の13:30枠・14:00枠・14:30枠 30人/日

### <実施場所>

予防医療センター

### <申込方法>

- ◆ 申込期間:令和6年10月1日(火)～12月17日(火)
- ◆ 予約窓口:[WEB 限定](#)(病院ホームページ内の予防医療センターリンクより24時間対応)

↑をクリックしてください。

※生後6か月～小学生までの方は2回目の予約もお取りください

### <1回分費用>

- ◆ 安城市の補助券をお持ちの方 3,950円(1回につき1,000円の補助使用後の費用)
- ◆ 安城市以外の補助券をお持ちの方 補助は市の規定による
- ◆ 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
- ◆ 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	ID
住所 〒	性別 男・女
	生年月日
電話番号	T・S・H・R 年 月 日生 (満 歳)

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 いいえ はい 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 いいえ はい 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.		医師サイン [ ]
	ml	接種年月日：令和 年 月 日