

インフルエンザワクチン予防接種(予約制)のご案内

今年度のインフル予防接種予定を、ご案内させていただきます。
皆様のお申込をお待ちしております。

先着 300 名様限定

記

実施日時: ①2022年11月2日(水)14:00~15:30 (受付終了 15:15)
②2022年11月11日(金)14:00~15:30 (受付終了 15:15)
③2022年11月16日(水)14:00~15:30 (受付終了 15:15)
* ワクチン在庫状況により日程変更させていただく場合がありますので、ご了承願います。
* 予定数を超過した場合は、予約受付期間内であってもご予約はお受けできません。

実施場所: 日土地名古屋ビル 3階 エルズメディケア名古屋

このURLをクリック!

予約方法: **WEB 申込のみ** (当院 HP: [what's new](#) からリンク可能及び QR コード)

申込 URL: <https://ls-medicare.influenza.medic-kenyo.com/public/top>

※【重要】ご予約時には、先にお知らせしております「認証キー」の入力が必要です。

予約受付期間: 2022年10月11日(火)~各々日

- ①11月2日分→→: 10月29日(土)
 - ②11月11日分→→: 11月7日(月)
 - ③11月16日分→→: 11月12日(土)
- * 期間前のお申込は無効になります。



QRコードからでも申込み可能!

費用: **3,600円(税込) / 1名**

お支払方法は、各自窓口にて精算。現金のみ、お釣りの無いようにご準備願います。
補助金を利用される場合は電話にてお問い合わせください。

備考: 予約状況により、日程や時間変更をお願いする場合があります。
ご予約後、下記の提出書類を当院ホームページ(what's new:インフル予防接種案内)から印刷してご持参ください。
印刷が難しい場合は、3階 受付にてお渡しいたしますので火曜~日曜日 12:00~16:30の間にお越しください。

【提出書類】(各1枚必要)

- ◆インフルエンザ HA ワクチン予防接種予診票。
- ◆インフルエンザ HA ワクチン接種について
※上記2枚は両面印刷でもかまいません。
- ◆インフルエンザ予防接種用 個人情報の取得に関する同意について

当日は、**必要事項(体温計測や問診、署名など)**を記入のうえご持参ください。

*** 11月下旬、従来型とオミクロン型「BA.1」の2タイプのウイルスに対応の新型コロナワクチン接種を開始いたします。ご予約はホームページからお願いいたします。**

以上

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がご記入下さい。

診察前の体温

度

分

住所 (フリガナ)	()	TEL()	—
受ける人の氏名	()	男・女	生年 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生
(保護者の氏名)	()	月日	(満 歳 カ月)

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、体に具合の悪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	いいえ	
5. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。	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. これまで間質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()回ぐらい 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()	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総合機構法に基づき救済について、説明した。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。

(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)

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。続柄)

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HAワクチン	Lot. No.	皮下接種	実施場所：	
<input type="checkbox"/> デンカ株式会社		<input type="checkbox"/> 0.5mL (3歳以上)	医師名：	
カルテNo.		<input type="checkbox"/> 0.25mL (6ヵ月以上3歳未満)	接種年月日： 年 月 日	

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用致します。

インフルエンザワクチンの接種について

インフルエンザの予防接種を実施するにあたって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、表面の予診票に出来るだけ詳しくご記入下さい。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。

【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、副反応に関して、過敏症として発疹、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、そう痒、血管浮腫が報告されています。接種部位の局所症状として、発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感、小水疱、蜂巣炎が報告されています。精神神経系として、頭痛、一過性の意識消失、めまい、顔面神経麻痺等の麻痺、末梢性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反応、しびれ感、振戦が報告されています。消化器系として、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退があり、筋・骨格系として、関節痛、筋肉痛、筋力低下が報告されています。その他の副反応として発熱、悪寒、倦怠感、リンパ節腫脹、咳嗽、動悸、ぶどう膜炎が報告されています。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医師に申し出て下さい。

非常にまれですが、次のような重大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（じんましん、呼吸困難、血管浮腫など）②急性散在性脳脊髄炎（ADEM）：通常、接種後数日から2週間以内に（まれに28日以内に）発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害などがあらわれる③脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎④ギラン・バレー症候群（両手足のしびれ、歩行障害など）⑤けいれん（熱性けいれんを含む）⑥肝機能障害、黄疸⑦喘息発作⑧血小板減少性紫斑病、血小板減少⑨血管炎（IgA血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、白血球破碎性血管炎など）⑩間質性肺炎⑪皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson症候群）、急性汎発性発疹性膿疱症⑫ネフローゼ症候群

上記の症状が認められたり、疑われた場合は、すぐに医師に申し出て下さい。なお、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または家族が、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. 明らかに発熱のある人（通常は37.5℃以上の人）
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかの人
3. 過去にインフルエンザワクチンの接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある人
なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いで下さい。
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

【予防接種を受けるにあたり、医師とよく相談しなければならない人】

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
2. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
3. カゼなどのひきはじめと思われる人
4. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた人
5. 薬の投与又は食事（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことのある人
6. 今までにけいれんを起こしたことがある人
7. 過去に本人や近親者で検査によって免疫状態の異常を指摘されたことのある人
8. 妊娠の可能性のある人
9. 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人

【予防接種を受けた後の注意】

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。医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐ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、接種部位をこすことはやめましょう。
3. 接種当日は、接種部位を清潔に保ち、普段通りの生活をしましょう。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
4. 万一、高熱やけいれんなど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。

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日()です 当日は受付に 時 分頃 おこし下さい	

インフルエンザHAワクチンの任意の接種については、ワクチンを適正に使用したにもかかわらず、その副反応により入院治療が必要になるほど重篤な健康被害が生じた場合は、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、救済手続きを行う制度があります。詳しくは独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページをご覧ください。問合せ先は右記のとおりです。

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口
〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル
電話：0120-149-931（フリーダイヤル）
URL：<https://www.pmda.go.jp/relief-services/adr-sufferers/0020.html>

個人情報の取得に関する同意について

当院では個人情報を取得する場合には、当院の定める個人情報保護活動に基づいた下記の項目をあらかじめ通知をさせていただき、それらに同意をいただける場合にのみ個人情報の取得を行います。

1. 個人情報を取得する施設名称

医療法人 鹿志会 エルズメディケア名古屋

2. 個人情報保護管理者の氏名

個人情報保護管理者 林 茂

3. 利用目的

- ・健康状況把握のための問診・体温計測の実施
- ・健診機能評価機構等の外部監査機関への提供
- ・行政、監査、医療訴訟等の場合の提供

4. 個人情報を第三者に提供することが予定される場合の事項

お客様から取得した個人情報は、法令等の定めにより個人情報の開示が求められた場合、また、以下に掲げる事項を除き第三者に提供いたしません。

他の医療機関、保険者等からの照会の対応

審査支払機関へのレセプトの提出、審査支払機関又は保険者からの照会への回答

上記の利用目的以外で個人情報を第三者に提供する必要が発生した場合、必ず事前にお客様ご本人に説明を行い、同意を得た上で提供いたします。

5. 個人情報の取扱いの委託について

お客様から取得した個人情報は、外部へ預託をすることはありません。

6. 個人情報の開示等の請求について

お客様から取得した個人情報の開示等（開示対象個人情報の開示、訂正、追加、削除、利用または提供の拒否）の請求につきましては当院の定める個人情報保護マニュアルに基づいた対応をさせていただきます。下記の受付窓口までお問合わせください。

〒460-0008 名古屋市中区栄 2-1-1 日土地名古屋ビル 3階

医療法人 鹿志会 エルズメディケア名古屋 事務係

電話番号： 052-737-6500

受付時間： 火曜日～日曜日 8：30～16：30

7. 個人情報をご提供いただく際の任意性について

お客様から個人情報をご提供いただくことはお客様の任意ですが、必要な情報をご提供いただけない場合には、お問合わせの回答、および当院のサービスを受けられない場合がございます。

医療法人 鹿志会 エルズメディケア名古屋

理事長 木俣 清子

上記の個人情報利用目的に、同意する 同意しない 一部不同意

年 月 日

署名： _____