

インフルエンザ

予防接種のお知らせ

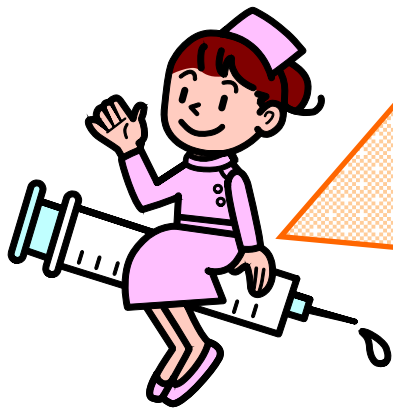
予約制 9/26(水)より医事課受付にて

接種開始 ~~10月11日(木)より12月26日(水)まで~~

予約受付時間 午前:9時30分~11時30分

(平日 月曜~金曜日) 午後:13時30分~16時00分

インフルエンザ予防接種専用ダイヤル 045-277-3391



【内科の接種日】 毎週月曜から土曜日 (診療時間内)

【接種時間】 月~金:午前・午後(16:00迄) 土:午前のみ(12:00迄)

【小児科の接種日】 毎週月曜から金曜日

【接種時間】 接種のみ行う時間 13時30分~14時30分 (月~金)

診察と併用して行う時間 14時30分~15時30分 (月~金)

3歳以上のお子様のみ 15時30分~15時50分 (火・水・金)

※ 混雑緩和の為、接種時間の15分前の受付にご協力ください。

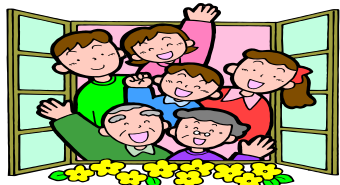
費用

13歳以上: 1回 3,780円(税込)(基本的に1回接種)

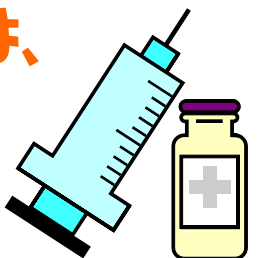
12歳以下: 1回目・2回目(同料金)

1回 2,700円(税込)(基本的に2回接種)

* 千メロサールフリーワクチンの入荷予定はありません



横浜市在住の高齢者インフルエンザ予防接種対象の方は、自己負担 2,300円で接種可能となります。



インフルエンザワクチンを接種しましょう!

当院では妊娠中の方は原則接種を実施しておりません。おかかりつけの産婦人科の主治医にご相談下さい。



医療法人財団 俊陽会 古川病院

小児科診察案内

(インフルエンザ予防接種期間)

	月	火	水	木	金	土
9:00 ～ 11:30	診察	診察	診察	診察	診察	休診
13:00 ～ 13:30	一般予防接種	乳児健診 + 一般予防接種	BCG	乳児健診 + 一般予防接種	乳児健診 + 一般予防接種 <small>(小学生未満不可)</small>	
13:30 ～ 14:00	一般 予防接種	一般 予防接種	インフルエンザ 予防接種	一般 予防接種	インフルエンザ 予防接種	
14:00 ～ 14:30	インフルエンザ 予防接種	インフルエンザ 予防接種		インフルエンザ 予防接種		
14:30 ～ 15:00	診察と併用	診察と併用	診察と併用	診察と併用	診察と併用	
15:00 ～ 15:30	インフルエンザ 予防接種	インフルエンザ 予防接種	インフルエンザ 予防接種	インフルエンザ 予防接種	インフルエンザ 予防接種	
15:30 ～ 15:50	診察	診察と併用 インフルエンザ 予防接種 <small>3歳未満不可</small>	診察と併用 インフルエンザ 予防接種 <small>3歳未満不可</small>	診察	診察と併用 インフルエンザ 予防接種 <small>3歳未満不可</small>	
15:50 ～ 16:30		診察	診察		診察	

※ 原則、1歳未満の接種は行っておりません。【1歳未満でご希望される方は医師にご相談下さい。】

※ 14：30以降はインフルエンザの予防接種を今まで受けた事がある方に限ります。

※ 接種間隔（1回目と2回目）は原則4週間としています。（※流行期は除く。）

平成 30 年度 インフルエンザ予防接種予約票

氏名 _____ 様

1 回目接種日 (~~1 回目の最終接種日は 12 月 12 日 (水) です。~~)

予約日時 : _____ 月 _____ 日 (_____)

_____ : _____ ~ _____ :

2 回目接種日 (13 歳未満の方) (~~2 回目の最終接種日は 12 月 26 日 (水) です。~~)

予約日時 : _____ 月 _____ 日 (_____)

_____ : _____ ~ _____ :

【金額】

13 歳以上 原則 1 回接種 1 回料金 ¥ 3, 7 8 0 (税込)

【65 歳以上 (横浜市以外) : 13 歳以上料金と同様】

※横浜市以外にお住まいの方は、それぞれの市町村の実施方法に従うこととなりますので、
詳細はお住まいの市町村にお問い合わせ下さい。

(※原則として接種費用は全額自己負担になります。)

12 歳以下 原則 2 回接種 1 回目、2 回目料金同料金 1 回料金 ¥ 2, 7 0 0 (税込)

65 歳以上 (横浜市に住民票がある方) 原則 1 回接種 1 回料金 ¥ 2, 3 0 0 -

60 歳～65 歳未満 (横浜市に住民票がある方) 心臓、腎臓又は呼吸器疾患、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害を有する人で身体障害者手帳 1 級の方

原則 1 回接種 1 回料金 ¥ 2, 3 0 0 (税込)

65 歳以上 (横浜市に住民票がある方) 非課税対象者、生活保護受給者、支援給付受給者

(60 歳～65 歳未満 心臓、腎臓又は呼吸器疾患、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害を有する人で身体障害者手帳 1 級の方)

原則 1 回接種 1 回料金 無料 (自己負担免除を受けるためには確認書類が必要となります。)

【持ち物】

- ・診察券 ・健康保険証 ・母子手帳（小児は必須）
- ・各医療費受給者証（受給者証・本人確認証・身体障害者手帳・無料券等）
- ・問診票【公費対象者は横浜市様式の問診票が必要です。】（受付に用意があります。）

【注意事項】

- ① 体温は病院で計測し記入して下さい。
（この際、大人 37.0℃、小児 37.5℃以上ある場合は、担当医の判断により接種出来ない場合がございます。）
- ② 1回目接種と2回目接種の間隔は原則4週間あけて下さい。（流行時期除く）
（ワクチンの性質上12月中旬までの接種終了が望ましいとされています。）
- ③ 他の予防接種との間隔
他のワクチンとの同時接種はできません。
 - ・1ヶ月以内にインフルエンザ以外のワクチンを接種している場合は必ずお申し出下さい。
 - ・インフルエンザ接種後、1週間以降で他のワクチン接種可能です。
 - ・BCG、麻疹、風疹、水痘、おたふく
・・・・・・・・・・接種後4週間以上あける。
 - ・不活化ポリオ、三種混合、日本脳炎、子宮頸がん、肺炎球菌、ヒブ、破傷風、A型肝炎、B型肝炎
・・・・・・・・・・接種後1週間以上あける。
- ④ 発熱（風邪等）、溶連菌感染症の治療後は1週間以上あける。（医師に相談）
（麻疹、風疹、突発性発疹、アデノ感染症に罹った場合は、治療終了後2週間以上あける。）
（水痘、おたふくに罹った場合は、治療終了後4週間以上あける。）
- ⑤ 1～3ヶ月以内に熱性けいれんを発症した場合、その診断をした医師の許可が必要です。
- ⑥ 妊娠中の方は原則、接種を実施しておりません。おかかりつけの主治医にご相談下さい。
- ⑦ 喘息、卵アレルギーがある方は、必ず予約時にお申し出下さい。
- ⑧ 接種後30分は院内で様子を見て下さい。
- ⑨ 予防接種に必要な問診のみ行います。心配事がある場合は担当医へお話し下さい。
- ⑩ 予約はワクチンの確保の為です。問診、接種は受付の順番となります。

医療法人財団 俊陽会 古川病院

予防接種専用ダイヤル ☎045-277-3391

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：太ワク内にご記入下さい。

*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 () - ()	
(フリガナ)	()	男	生年
受ける人の氏名		女	月 日
(保護者の氏名)			明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳 ヵ月)

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、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 □ 化血研 □ デンカ生研	皮下接種 □ 0.5mL (3歳以上) □ 0.25mL (6ヵ月以上3歳未満)	横浜市神奈川区子安通2丁目286番地 実施場所：古 川 病 院 医師名： 接種年月日：平成 年 月 日
カルテNo.		

記載頂きました個人情報 Wakuchin 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当たって、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がご記入下さい。

【ワクチンの効果と副反応】

予防接種により、インフルエンザの発病を阻止したり、インフルエンザによる合併症や死亡など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、しびれる、小水疱、蜂巣炎などがみられることがあります。過敏症として、発しん、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、そう痒、血管浮腫、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、消化器として、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、筋・骨格系として、関節痛、筋肉痛、筋力低下があらわれることがあります(いずれも頻度不明)。その他に、発熱、悪寒、倦怠感、リンパ節腫脹、咳嗽、動悸、ぶどう膜炎があらわれることがあります。強い卵アレルギーのある方は、重篤な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、次のような重篤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)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(アレルギー性紫斑病、アレルギー性肉芽腫性血管炎、白血球破碎性血管炎等)、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、(12)ネフローゼ症候群、このような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(入院が必要な程度の疾病や障害など)が生じた場合については、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救済手続きを行うこととなります。

【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(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な人
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
又は、過去にその他の原因で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適当と判断した人

【予防接種を受けるに際し、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. かぜなどの症状が出はじめたと思われる人
4. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱のみられた人及び発しん、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)で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある人
6. これまでにひきつけ(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. 妊娠している人
9. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人

【ワクチン接種後の注意】

1. インフルエンザワクチンの接種を受けたあと30分間は、急な副反応が起きることがあります。接種した医療機関に留まるなどして、様子を観察し、医師とすぐに連絡がとれるようにしておきましょう。
2. 接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
3. 接種当日はいつも通りの生活をしていただいてもかまいません。ただし、激しい運動は避けましょう。
4. 万一、接種後、接種局所の異常反応や体調の変化があらわれた場合は、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	横浜市神奈川区子安通2丁目286番地 古 川 病 院 TEL(045)441-3366 FAX(045)441-3395