

インフルエンザ予防接種のご案内・予診票

茂澤メディカルクリニック南千住

実施期間	2026年9月24日（木）～	対象	3歳以上
料金（自費）	注射：3,960円／フルミスト（経鼻）：8,800円	予約	不要（混雑時あり）
接種時間	平日9:30-12:00／15:30-18:00（月曜午後除く） 土曜9:30-12:00		

この予診票は任意接種を希望される方用です。公的補助・定期接種として受けられる場合はお住まいの自治体の通知をご確認ください。安全に接種を受けていただくため、裏面ではなく下記の質問事項にできるだけ詳しくご記入ください。お子さまの場合は、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

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の発症を防いだり、症状を軽くする効果が期待できます。また、重症化や合併症・死亡を防ぐ効果も期待されています。副反応は一般的に軽微で、注射部位の発赤・腫れ・熱感・痛みなどが起こることがありますが、通常2～3日で消失します。発熱・悪寒・頭痛・倦怠感・関節痛・筋肉痛などがみられることもあります。強い卵アレルギーのある方は、強い副反応が起こる可能性があるため、必ず医師にお申し出ください。ごくまれにアナフィラキシー、急性散在性脳脊髄炎、ギラン・バレー症候群等の重い副反応が報告されています。異常を感じた場合は速やかに医師にご相談ください。

接種を受けられない方	医師と相談が必要な方
・ 明らかな発熱がある方（通常37.5℃以上） ・ 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方 ・ 過去にインフルエンザワクチンでアナフィラキシーを起こしたことがある方 ・ その他、医師が不適当と判断した方	・ 心臓病・腎臓病・肝臓病・血液疾患のある方 ・ 予防接種後2日以内に発熱・発疹・蕁麻疹等が出たことがある方 ・ 薬や食物（鶏卵・鶏肉等）で異常をきたしたことがある方 ・ けいれんを起こしたことがある方／免疫状態の異常を指摘されたことがある方 ・ 妊娠の可能性のある方／間質性肺炎・気管支喘息等がある方

予診票 質問事項 ※あてはまる方に○をつけてください

フリガナ		生年月日		性別	
お名前		年 月 日生（満歳）		男 ・ 女	
ご住所					
電話番号		接種当日の体温		℃ 分	

1	今日受ける予防接種について、説明文を読んで理解しましたか	はい ・ いいえ
2	今日、体に具合の悪いところがありますか（ ）	はい ・ いいえ
3	現在、何らかの病気で医師にかかっていますか（病名： ）	はい ・ いいえ
4	最近1ヵ月以内に発熱や病気にかかったことがありますか	はい ・ いいえ
5	心臓病・腎臓病・肝臓病・血液疾患・免疫不全症等で治療を受けていますか	はい ・ いいえ
6	間質性肺炎・気管支喘息等の呼吸器疾患で現在治療中ですか	はい ・ いいえ
7	近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか	はい ・ いいえ
8	今までにけいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか	はい ・ いいえ
9	薬や食品（鶏卵・鶏肉等）で発疹・蕁麻疹が出たことがありますか	はい ・ いいえ
10	これまで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 ・ いいえ
11	1ヵ月以内に他の予防接種を受けましたか（ワクチン名： ）	はい ・ いいえ
12	現在、妊娠している、または妊娠の可能性がありますか（女性のみ）	はい ・ いいえ
13	今日の予防接種について、ご質問はありますか	はい ・ いいえ

フルミスト（経鼻）をご希望の方のみ → 喘息の既往：はい・いいえ / 免疫抑制剤等の使用：はい・いいえ

接種後の注意

①接種後30分間は急な副反応が起こることがあるため、院内または医師と連絡が取れる状態でお過ごしください。②接種後1週間は体調の変化にご注意ください。③当日の入浴は可能ですが、接種部位をこすらないでください。④激しい運動・大量の飲酒は控えてください。⑤高熱・けいれん等、異常な症状が出た場合は速やかに医師の診察を受けてください。

同意欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応等について理解したうえで、本日の接種に 同意します ・ 同意しません

ご署名

（代筆者：続柄）