

【現金回収有】

インフルエンザワクチン予防接種 予診票

【2025年度】

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

企業名	丸紅情報システムズ	接種日:	2025 年	月	日
健康保険証	記号: 番号:	接種料金:	3,300円		
健康保険組合名	丸紅健康保険組合	会社負担:	0円		
フリガナ		窓口負担:	3,300円		
		健保補助:	0円		
氏 名		体温			
(18歳未満の人は保護者の氏名)					
性 別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性				
生年月日 (年齢)	西暦 年 月 日 (歳)				
電話番号	- -	(受付の際に測定可能です)			

質問事項	回答欄 (※ 該当に○印 ※)		医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について説明文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. 1ヵ月以内にその他の予防接種を受けましたか。	はい 予防接種の種類 ()	いいえ	
4. 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	
5. 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	
6. 最近、1か月以内に何か病気にかかりましたか？	はい 病名 ()	いいえ	
7. 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	
8. 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	
9. 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	
10. 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	
11. 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	
12. 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	
13. (女性の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
14. 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。			

※接種者署名※ 医師の診察・説明を受け、接種を希望しますか？(スムーズな進行のために事前のご署名にご協力いただけると幸いです)
私は、裏面(個人情報の取扱いについて)の内容を確認し、接種を受けることに同意します。また、緊急時には適切な対応を受けることに同意いたします。

年 月 日

(はい ・ 延期します) 署名(本人または保護者) _____ 印

医師 署名

以上の問診および診察の結果、今日の予防注射は(可能 ・ 見合わせる) 医師の署名 _____

使用ワクチン	接種量	実施機関・接種日時
ロットシール貼付欄	皮下注 0.5ml (1/2V) (注:0.5ml以外の時は、記入し直してください)	<input type="checkbox"/> MYメディカルクリニック渋谷 <input type="checkbox"/> MYメディカルクリニック大手町 <input type="checkbox"/> MYメディカルクリニック横浜みなとみらい <input type="checkbox"/> MYメディカルクリニック田町三田 <input type="checkbox"/> MYメディカルクリニック新宿 <input type="checkbox"/> MY内科クリニックせんげん台
		医師名: 接種日時: 年 月 日

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。

【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、白血球破砕性血管炎等)、(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(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. 栗の投与又は食事(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構いません。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。

個人情報の取扱いについて

当院に個人情報を提供し、診療等を受けるにあたって、以下の内容についてご同意いただきますようお願いいたします。

- (1) 個人情報の収集、利用及び提供 当院は、個人情報の利用目的を明確にした上で、適法かつ公正な手段を用いて個人情報を収集します。また、利用・提供は、その目的から逸脱しない範囲で行います。
- (2) 個人情報の管理と保護 当院は、個人情報を適切かつ厳重に管理し、原則として患者様本人の同意を得ない第三者提供を行いません。ただし、後掲の「他の事業者への情報提供を伴う利用目的」記載の場合など、必要な場合に限り提供することがあります。また、不正アクセス・紛失・破壊・改ざん・漏えい等を防止するための措置を講じています。
- (3) 個人情報に関するお問い合わせへの対応 当院が保有する個人情報に関する各種お問い合わせ(利用目的の通知、個人情報又は第三者提供記録の開示、訂正・追加・削除、個人情報の利用の停止・消去、第三者提供の停止の請求。以下「開示等の請求」といいます。))に対して、合理的な範囲で迅速に対応します。開示等の請求を行う際は、当院所定の請求書をご提出いただき、また、事務手数料として、1回あたり税込5,500円を頂戴します。
- (4) 法令遵守 当院は、個人情報保護に関する法令、規範を遵守します。

【患者様への医療の提供に関わる利用目的】

- (1) 当院内部での利用目的 医療サービスの提供、医療保険事務、患者様に係る管理運営業務(会計・経理業務、予約確認や変更の案内、健康診断や診療サービスの案内、患者様からの意見回収)などに利用します。
- (2) 他の事業者への情報提供を伴う利用目的 他の医療機関等との連携、外部の医師等への意見・助言の依頼、検体検査や業務委託、保険事務、医療保険事務のための書類提出に利用します。

【患者様への医療提供以外の利用目的】

- (1) 当院内部での利用目的 医療サービスの改善・維持のための基礎資料の作成や管理(データ化を含む)、症例研究などに利用します。
- (2) 他の事業者への情報提供を伴う利用目的 外部監査機関、健康維持に関するご案内、学術研究機関等への情報提供を行う場合があります。

【個人情報の第三者提供に関して】

上記「患者様への医療提供に関わる利用目的」の範囲を超えない場合に限り、第三者提供を行います。また、法令により許容される場合や、別途患者様本人から明示的に第三者提供につき同意を得た場合なども、第三者提供を行います。

【個人情報の提供に関する任意性とその結果について】

当院への個人情報の提供は患者様・利用者様の任意によるものです。ただし、個人情報の提供を拒否されることにより適切な医療サービスの実施が困難であると判断された場合には、医療サービスをお受けいただけないことがあります。

【問い合わせ先】

個人情報に関する各種お問い合わせ(開示等の請求を含みます。)、当院が提供いたしました診療行為、及び合併症に関するご質問は、以下までご連絡ください。

名称:医療法人社団MYメディカル
住所:〒150-0042 東京都渋谷区宇田川町20-17 NMF渋谷公園通りビル5階
代表者:水谷 佑毅

個人情報保護管理者:小松海登
連絡先:TEL 03-4213-7219 Email info@mymc.jp