

インフルエンザ予防接種のお知らせ

■ 予防接種開始日

2023年10月2日(月)

■ 接種料金

1回 ¥3,500(税込)

当院で出生された18歳未満の方は¥3,000(税込)となります。

※当院出生の確認はご本人の母子健康手帳で行います。

恵愛こどもクリニック

完全予約制

恵愛病院の予約サイトから以下の手順でご予約ください。

■ 接種対象

- 恵愛病院、または恵愛こどもクリニックの診察券をお持ちのお子さま(生後6ヵ月以降)
 - 恵愛病院、または恵愛こどもクリニックの診察券をお持ちのお子さまのご両親(60歳未満の方)
※診察券をお持ちでないお子さまやご両親は、事前に恵愛病院、または恵愛こどもクリニックへご来院いただき、診察券の発行手続きをお済ませいただくと予約が可能となります。
- ※お子さまは母子健康手帳がないと接種できませんので必ずご持参ください。
- ※基礎疾患がある場合には、事前にかかりつけの医師から接種の許可を得てください。
- ※ご家族に一人でも風邪症状の方がいらっしゃる場合は、恵愛こどもクリニックの[診察]エリアから入っていただき、診察後に接種判断いたします。

■ 予約手順 ※恵愛病院、恵愛こどもクリニックの診察券をお持ちの方は予約可能です。

- 2歳11ヵ月までのお子さまの場合
当院の予約サイト[診療・クラス・分娩 予約] → 患者ID・生年月日を入力 → [恵愛こどもクリニック] → [予約インフル ~2歳11ヵ月] → 日時 を選んで予約
※予診票(3才~大人用)はご利用になれません。当院で黄色の予診票にご記入ください。
- 3歳以上の方の場合
当院の予約サイト[診療・クラス・分娩 予約] → 患者ID・生年月日を入力 → [恵愛こどもクリニック] → [予約インフル 3歳~] → 日時 を選んで予約
※ご自宅であらかじめ予診票(3才~大人用)を記入し持参していただくと、スムーズに接種できます。
- 恵愛こどもクリニック通院中のお子さまのご両親の場合
当院の予約サイト[診療・クラス・分娩 予約] → 患者ID・生年月日を入力 → [恵愛こどもクリニック] → [予約インフル 3歳~] → 日時 を選んで予約
※ご自宅であらかじめ予診票(3才~大人用)を記入し持参していただくと、スムーズに接種できます。

※当日予約の確認ができない方は接種できませんので、「予約完了」を確認してご来院ください。

※午前中にインフルエンザワクチン以外のワクチンを同時に接種される方は、[ワクチン]予約をお取りください。

■接種場所

● 恵愛こどもクリニックの[健診・ワクチン]エリア

※鼻水やせきの症状が少しでもあるものの改善傾向にある状態で、インフルエンザワクチンを希望される方は、ご家族みなさまで恵愛こどもクリニックの[診察]エリアで受付し、診察後に接種可能か判断します。

■接種の流れ

予診票の記入を終えた方より受け付けいたします。

①インフルエンザワクチンのみの方と、②同時に他のワクチンや処方(外用薬など)希望される方は受付が違いますので、ご注意ください

〈注意事項〉

次の方は接種できません。

- 2週間以内に38℃以上の発熱があった方
- 抗生剤や内服薬(ムコダイン、カルボシステイン、ムコソルバン、ムコサール、メジコン、アスベリンなど)を処方されている方(処方期間内の方)
- 3日以内に抗生剤や風邪薬を内服した方

インフルエンザワクチンの在庫状況によっては、接種を急に中止する場合があります。あらかじめご了承ください。

予約不要の方

■接種対象

- 当院に分娩予約された方(他院通院中の方も可能です)
- 当院で妊婦健診を受けている方
- 当院で出産後の1ヶ月健診までの方

■接種場所

- 産科・婦人科外来

※正面玄関よりお入りください。

完全予約制の方

当院の予約サイトから以下の手順でご予約ください。

■接種対象

- 上記対象以外の方

<例>

- ・当院婦人科通院中の方
- ・当院通院中の妊婦さまのご主人・パートナーの方

※病院IDをお持ちでない方は、保険証持参のうえ産婦人科・クリニックでIDを発行いたします。

(ID発行手続きは妊婦さまでも可能です)

※18歳未満の方は、こどもクリニックで予約してください(当院通院中の妊婦さまは除く)

■予約手順

当院の予約サイト[診療・クラス・分娩 予約] → 患者ID・生年月日を入力 → [産婦人科]

→ [予約インフル妊婦さま以外] → 日時 を選んで予約

※予診票(3才～大人用)はご利用になれません。当院でオレンジ色の予診票にご記入ください。

■接種場所

- 産科・婦人科外来

※正面玄関よりお入りください。

<注意事項>

インフルエンザワクチンの在庫状況によっては、接種を急に中止する場合があります。あらかじめご了承ください。

※当院は高齢者インフルエンザ予防接種の公費適用機関ではありません。60歳以上の方はご注意ください。

インフルエンザ予防接種について

必ずお読みください

ワクチンの効果と副作用

今シーズンのインフルエンザワクチンは、インフルエンザ A(H1N1)亜型と A(H3N2)亜型、B 型(山形系統)、B 型(ビクトリア系統)の 4 種類が含まれたワクチンになります。

予防接種により、インフルエンザ感染の予防や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、痛くなることがありますが通常は 2~3 日で消失します。発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、めまい、リンパ節腫脹、嘔吐、下痢なども、起こる場合があります。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ください。非常にまれですが、次のような副反応が起こることもあります。

1. [1]ショック、アナフィラキシー様症状(蕁麻疹、呼吸困難など)
2. [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. [3]ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)
4. [4]肝機能障害、黄疸
5. [5]喘息発作
6. [6]脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎
7. [7]血小板減少性紫斑病、血小板減少
8. [8]血管炎
9. [9]間質性肺炎
- 10.[10]皮膚粘膜眼症候群
- 11.[11]ネフローゼ症候群

これらの健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた方、また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方

- 発熱のある人(37.5°Cを超える方)
- 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の接種を受け、アナフィラキシーを起こしたことがある方

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方は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いでください。

- 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方
- 2 週間以内に発熱(38°C以上)があった方

- 抗生剤を含めて中耳炎や副鼻腔炎などの風邪薬を処方されている場合
- 3日以内に抗生剤や内服薬(ムコダイン、カルボシステイン、ムコソルバン、ムコサール、メジコン、アスベリンなど)を処方されている方(処方期間内の方)

以下の方は、診察によってはワクチンの接種ができない場合があります

- 薬を内服している場合
- 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの方
- 発育が遅く、医師や保健師の指導を受けている方
- カゼなどのひきはじめと思われる方
- 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、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方
- 薬の投与、または食事(鶏卵・鶏肉など)で皮膚に発しんが出たり、からだに異常をきたしたりしたことのある方
- 今までにけいれんを起こしたことがある方
- 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方
- 気管支喘息のある方
- 妊娠の可能性のある方

接種後の注意

- 接種後を30分間は、急な副反応が起きることがあります。医療機関に留まるなどして、ようすを観察し、医師とすぐに連絡が取れるようにしましょう。
- 接種当日の入浴はさしつかえありませんが、注射した部位をこすことはやめましょう。
- 接種当日は、接種部位を清潔に保ち、いつも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。
- 万一、高熱やけいれん等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ください。



3才～大人インフルエンザ予診票

☆現在、風邪薬を内服中の患者さまは接種できません。

今回 1回目・2回目

診察前の体温 度 分

ID			TEL	-	-
フリガナ			生 年 月 日		
受ける人の氏名		男・女	年 月 日生		
(保護者の氏名)			(才)		

ご注意ください！！：3才未満の方は、当院にある黄色の予診票をご利用ください。

☆お呼びして、不在が30分続く場合には、自動的キャンセルとなります。

※当院は高齢者インフルエンザ予防接種の公費適用機関ではありません。60歳以上の方はご注意ください。

質問事項		回答欄		医師記入欄
1	本日予防接種を希望されている方は、当院出生の方ですか。	当院	他院	
2	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。(接種前に読んでください)	いいえ	はい	
3	2週間以内に発熱(38℃以上)がありましたか。	はい	いいえ	
4	今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある (具体的に)	ない	
5	現在、何かの病気で医師にかかり薬を内服していますか。	はい (病名)	いいえ	
6	現在、内服中または処方期間後3日以内ですか。	はい ()	いいえ	
7	最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。	はい(病名)	治癒した日 (/)	いいえ
8	今までに特別な病気(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ていますか。	はい (病名)	いいえ	
9	今までけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。	ある 回ぐらい 最後は 年 月ごろ	ない	
10	薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	ある(薬または食品の名前)	ない	
11	これまで気管支喘息と診断され、現在、治療中ですか。	はい 年 月ごろ (現在治療中・治療はしていない)	いいえ	
12	これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか	ある(予防接種名・病状:)	ない	
13	1ヶ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。	いる (病名)	いない	
14	(ご婦人の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
15	その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いてください。			
医師の診察・説明を受けて接種を受けますか? (はい ・ いいえ)			本人署名(保護者の署名)	

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) 本人に対して、予防接種の効果、副作用及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明した。	医師の署名 林 典子
-----------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------

使用ワクチン Lot番号	接種量	実施場所・医師名・接種日
	3才～ 0.5ml L R	埼玉県富士見市針ヶ谷530-1 医療法人患愛会 患愛こどもクリニック 接種日(R 年 月 日)