

(令和4年度)インフルエンザ予防接種を受けられる方へ

記入日： 令和 年 月 日

患者様氏名： 様

インフルエンザ予防接種を受けていただく方に、新型コロナウイルス感染症関連の確認事項へのチェックをお願いしております。

インフルエンザ予防接種の間診票と共に、来院時提出をお願い致します。

ご迷惑・ご面倒をおかけしますが、感染防御にご協力いただけますようお願い申し上げます。

【新型コロナワクチンの予防接種は何回打たれましたか？】 ※○してください

→ 未接種 / 1回済 / 2回済 / 3回済 / 4回済

●新型コロナワクチンを接種した後は、3日程副反応の有無を確認してください。

2週間以内に、以下に該当する方は、インフルエンザ予防接種の対応ができないので、1～9に該当せず、体調の良い日にご来院頂きますようお願いいたします。

尚、本年度は、体調に不安がある場合に、診察にて接種できるかの判断を行うよりも、体調が良い日を選んでお越しください。なるべく患者様の院内滞在時間を少なく接種が行えるよう工夫してまいりますので、ご協力をお願い致します。

※1～9の項目を確認していただき、**なし**を○で囲ってください。

1	(1) 2週間以内に、発熱(37.5℃以上)	なし
2	(2) 呼吸器症状(咳・たん・息苦しさ)	なし
3	(3) 強い倦怠感	なし
4	(4) 嗅覚・味覚障害	なし
5	上記、(1)～(4)の症状がある方との濃厚接触があった	なし
6	海外や三重県外(特に東京・大阪・愛知など感染者数の多い県)への移動・滞在	なし
7	海外や三重県外の方(特に東京・大阪・愛知など感染者数の多い県)との濃厚接触があった 例) 家族や友人の帰省、職場の方の出張など	なし
8	新型コロナウイルス感染症の方や、その濃厚接触者との接触があった	なし
9	人が数十人以上集まる場所への滞在があった	なし

備考欄：

その他

※ ご自宅にて体温測定を行って、インフルエンザ予防接種問診表にご記入後、ご来院をお願いします。

※ 接種者本人だけでなく、付き添い者・保護者の方も、上記に該当しない事を確認していただきご来院頂くようお願いします。

※ 混雑時には、院内滞在人数を調整させていただき、自家用車などでの待機をお願いする可能性があります。そのため、インフルエンザ予防接種問診票へは、携帯電話番号をご記入いただけますようお願い致します。