

令和8年9月7日

ご入居者様、ご家族の皆様へ

クローバーのさと
イムスホームカウピリ板橋

インフルエンザ予防接種について

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます

さて、今年もインフルエンザ予防接種を当施設にて実施することとなりました。つきましては、インフルエンザ予診票のご提出をお願いしたく存じます。接種日は令和8年11月3日を予定しております。

提出期日は、**令和8年10月14日（水）**とさせていただきます。

接種券のご到着から提出期限までが短く、皆様にご不便をおかけしますこととお詫び申し上げます。大変恐縮ではございますが、限られた時間内でのご対応に何卒ご協力いただけますようお願い申し上げます。

敬具

予診票に関しまして

《ご自宅に届く方》

→裏面にあります見本をご参照の上、①～⑤までご記載いただき、ご提出をお願い致します。
※万が一、内容に不備があった場合には、当施設で代筆させていただきます。

《施設に届く方》

→来所時にご記載いただくか、またはご家族様同意の上、施設で代筆とさせていただきます。
※代筆をご希望の場合は、お手数をおかけしますがご連絡ください。

※インフルエンザ接種のご希望がない場合は、生活相談員までご連絡いただけますと幸いです。

【問い合わせ先】

クローバーのさとイムスホームカウピリ板橋

担当：生活相談員 勝沢・石川・大塚・木下・斎藤

電話番号：03-3957-1098

インフルエンザワクチン接種券 記入例

(注) 体温は医療機関ではかります。※印は医師の記入欄です。

連絡先電話番号		ご家族様 電話番号	診察前の体温	度	分
質問事項(下の太枠内の質問項目に必要事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください。)					
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。			はい		いいえ
1	①その際に具合が悪くなったことがありますか。			はい	いいえ
	②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。			はい	いいえ
2	今日受ける予防接種について、区からの説明文を読みましたか。			いいえ	はい
3	今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。			いいえ	はい
4	今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()			はい	いいえ
5	最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()			はい	いいえ
6	心臓、腎臓、肝臓、血液疾患などの慢性疾患にかかったことはありますか。 病名()			はい	いいえ
	その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。			はい	いいえ
7	現在、何か病気にかかっていますか。病名()			はい	いいえ
	治療(ステロイド剤やその他の投薬など)を受けていますか。			はい	いいえ
	その病気の主治医に、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。			はい	いいえ
8	免疫不全と診断されたことはありますか。			はい	いいえ
9	ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。			はい	いいえ
10	薬や食品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。			はい	いいえ
11	1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名() 接種月日(月)			はい	いいえ
12	今日の予防接種について質問がありますか。			はい	いいえ
※医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。 本人に対して、予防接種の効果、副反応および予防接種健康被害救済制度について説明をしました。 医師署名又は記名押印					
インフルエンザ予防接種希望書(必ず医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。) 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応について理解したうえで接種を希望しますか。 この予防接種は、予防接種の安全性の確保を目的としています。 このことを理解のうえ、本予防接種が区に提出されることに同意します。 ④ 接種を希望します。 ⑤ 接種を希望しません。 ①被接種者署名 ②代筆者氏名 ③続柄 (西暦) 年 月 日 (接種者が自署できない場合は、代筆者が①②③すべてを記入してください。)					
使用ワクチン	接種量	実施場所・医師名・接種年月日			
ワクチン名	0.5ml	実施機関名・住所・電話番号			
Lot No	接種部位	接種医師名			
	左 上腕				
	右 その他()	接種年月日 (西暦) 年 月 日			

(注) 有効期限が切れていないか要確認