

接種にあたってのご注意

- ・接種当日は**診察券**(お持ちの方)と**同意書**をお持ちください。
- ・同意書は来院前に全て記入をお願いします。
院内に記入スペースはございません。体温計・筆記具の貸し出しはいたしません。
- ・来院時は院内の案内に従ってください。
- ・諸般の事情により予告なく実施時期など変更する場合があります。
ホームページに掲載されている内容をもって最新の情報とさせていただきます。
- ・接種当日は来院前に必ずホームページのご確認をお願いいたします。

よくあるご質問

Q・予約できますか？

A：予約制ではないので当日は印刷した同意書を記入・署名・検温を済ませて接種受付時間内にお持ちください。

Q・時間指定はできますか？

A：できません。受付時間内にお越しください。受付にいらした順でのご案内になります。

Q・接種当日はどれくらいの時間がかかりますか？

A：混雑具合にもよりますが受付から終了まで30分前後でのご案内になります。
開始時間、終了間際は混み合う傾向があります。
お時間には十分な余裕を持ってお越しください。

Q・支払いはいつすればいいですか？

A：接種日にお支払いいただきます。
当日受付でご案内します。
混雑緩和の為釣銭のないようご用意いただけると助かります。

Q・接種以外にいつもの注射や薬の受付もしたい場合、どうしたらいいですか？

A：通常通り診察券ボックスに診察券を入れて同意書は手に持った状態でお待ちください。
順番でお呼びします。

Q・何回打てばいいですか？

A：基本1回で十分ですが、2回目をご希望の方は1回目の接種より2～4週間あけると接種可能です

※当院でのインフルエンザ予防接種は13歳以上が対象となります。
港区の予防接種予診票をお持ちの方は指定医療機関でお受けください。
小さなお子さんを連れての来院は感染症予防のためご遠慮ください。

※予防接種の代金を会社や保険組合に請求される方へ
会計時にお渡しする領収書以外の発行はいたしません。
押印等の個別対応もできません。
職場や健保からの電話対応にも一切応じません。
必ず接種前に確認をお願いします。

領 収 書	日付
見 本 様	
¥1,650-	
領し インフルエンザ予防接種費用として	
振込額：¥1,500円 10%税額：¥150円	新橋トラストクリニック 東京都港区新橋3-11-1 マルイ新橋ビル1階 登録番号：T6810689193488

※ 電話やメールでのインフルエンザ予防接種関連のお問い合わせには一切対応いたしません。
ご不明な点がある場合は必ず接種前に受付窓口にお問い合わせください。

インフルエンザ予防接種説明書 兼 同意書(令和7年版)

接種日
令和7年 月 日

予防接種を希望される方は下記の禁忌事項及び注意事項をよくお読み下さい。同意書に必要事項を全てご記入いただき受付窓口にお持ちください。

- 【重要】実施時期など諸般の事情により予告なく変更する場合があります。
ホームページに掲載されている内容をもって最新の内容とさせていただきます。
接種当日は来院前に必ずホームページをご確認ください
- ※接種当日は体温を測り、この同意書に測定した体温を記入してください。37℃以上の方は接種できません。
※接種当日は診察券と全ての記入を済ませた同意書をお持ちください(記入漏れがあると接種が出来ません)
※日本語以外の対応は出来ません
※領収書は会計時にお渡しする当院の所定書式のみになります
ご家族、同僚の方等の金額を合算した領収書の発行や会社学校指定の書式への記入・押印もいたしません
※予防接種の受付は 午前10時～午後 1 時と午後 3時～午後 6 時 となります
※このワクチンは新型コロナワクチンとは関係ありません。当院では新型コロナワクチン接種は行っておりません

- 【以下の事項に該当する方は予防接種を受けることが出来ません】
- 鶏肉、鶏卵にアレルギーのある方
 - 当日、37℃以上の発熱のある方、または体調の悪い方
 - 過去にけいれん(ひきつけ)をおこしたことがある方
 - 当日、大量の飲酒をする予定のある方
 - 当日、激しい運動を行う予定のある方
 - 生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、免疫不全症、血液疾患、心臓、腎臓、肝臓、その他の病気)にかかり医師に診断を受けている方
 - 今までに予防接種を受けて具合が悪くなったことがある方
 - 現在妊娠している方、妊娠の可能性や予定(2ヶ月以内)のある方、授乳中の方(産婦人科でお受けください)

【インフルエンザ予防接種の目的】
インフルエンザにかかったときの重症化(肺炎や脳症などの重い合併症があらわれること)を防ぐのに一定の効果
が期待できるほか、まわりの人に感染が広がるのを抑える効果も期待できます。

【インフルエンザワクチンについて】
インフルエンザワクチンは全国の医療機関で共通の厚生労働省が認可した国産のワクチンを使用しております。
詳細につきましては厚生労働省のホームページをご覧ください。

【副作用について】
注射部位が赤くなる、腕が重くなる、微熱が出る、全身に倦怠感を感じる等の症状が発現することがありますが、
通常数日で治ります。

同意書 (切り取らないでください)

上記の内容を確認した上で予防接種を受けることに同意いたします。 令和7年 月 日

診察券ID : 接種当日の体温 : ℃

(お持ち方のみ)

みょうじ なまえ

しめい:
(ひらがなで)

生年月日 : 昭・平 年 月 日 (満 歳) 性別 : 男性・女性

連絡先 : - -

質問①過去にインフルエンザ予防接種を受けた事がありますか ※□に✓を入れてください

・接種したことが ある □ ・一度も予防接種をしたことが ない □

・「ある」とお答えになった方はどこで接種されましたか < 当院で接種した □ ※複数回答可
他院で接種した □

・アルコール綿で皮ふがかぶれたことがありますか (はい □ ・いいえ □)

質問②本日の予防接種について何かご質問はありますか? ある □ ・ ない □

「ある」とお答えになった方はその内容をお書きください

()