

インフルエンザ予防接種のお知らせ

■予防接種開始日

2025 年 10 月 1 日(水)

■予約開始日

2025 年 9 月 8 日(月)

■接種料金

●注射

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。

●点鼻（接種は1回のみ）

￥7,500 (税込)

当院で出生された 18 歳未満の方は ￥7,000(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。

痛くない！鼻からできるインフルエンザワクチン「フルミスト」

<実施日>

・毎週火曜日

<特徴>

- ・注射ではなく、鼻腔内に噴霧するため痛みがありません
- ・小児・思春期の方に効果が期待できるワクチンです

<注意事項>

- ・喘息などの呼吸器症状が強い方、免疫の弱い方、妊娠中の方には接種できません。
- ・発熱・体調不良時には接種を見合わせます。
- ・接種後、軽い鼻水・くしゃみ・発熱がみられる場合があります。
- ・他のワクチンとの接種間隔については医師にご相談ください。

インフルエンザワクチンの比較

	点鼻インフルエンザワクチン	注射インフルエンザワクチン
恵愛こどもクリニック	○	○
恵愛病院	×	○
対 象	2歳～19歳未満の方	6か月～60歳未満
回 数	1シーズン 1回	・ 6か月～小学生：2回 ・ 中学生以上：1回
金 額	¥7,500（税込） 当院で出生された18歳未満の方は ¥7,000（税込）となります。	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。
株	A(H1N1)亜型、A(H3N2)亜型、B型(ビクトリア系統)	
予防効果	発症予防は注射型よりやや高い + 重症化予防	発症予防 + 重症化予防
副反応	鼻水、鼻づまり、咽頭痛、発熱、 まれに喘息発作	注射部位のはれ、発赤、発熱
予 約	●恵愛こどもクリニック 完全予約	●恵愛こどもクリニック 完全予約 ●恵愛病院 ◇予約不要 ・ 当院に分娩予約された方 ・ 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 ◇完全予約 ・ 上記対象以外の方 (詳細はP5 恵愛病院をご参照ください)
	予約はこちらから	
受 付	●恵愛こどもクリニック 健診・ワクチンエリア 正面受付	●恵愛こどもクリニック ・ 注射型のみの方： インフルエンザ接種会場 (健診・ワクチンエリア入って左) ・ 他ワクチンや処方も希望の方： 健診・ワクチンエリア 正面受付 ●恵愛病院 正面受付
問診票	●恵愛こどもクリニック 院内（専用用紙）	●恵愛こどもクリニック ・ 6か月～2歳：院内（黄色） ・ 3歳以上：ダウンロード可、 院内にもあり（白） ●恵愛病院：院内（オレンジ）
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、ムコサル、メジコン、アスピリンなど)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り、接種を急遽中止する場合がございます。あらかじめご了承ください。 ■カフェのチケットの配布は行っておりません。ご了承ください。	

▶ 詳細につきましては、次のページ以降をご参照ください。

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

●注射

- ・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 ヶ月以降)
- ・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)

●点鼻

- ・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**2歳～19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。

●注射

- ・2 歳 11 ヶ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 才(注射)]** → 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 才～(注射)]** → 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。

※18 歳未満の方の予防接種は、必ず保護者同伴でお越しください。

(保護者の確認がとれない場合は、接種をお断りさせていただきます。)

- ・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 才～(注射)]** → 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]予約もお取りください。

●点鼻

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 2～18 才(点鼻)] → 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。当院で点鼻用の予診票にご記入ください。

■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付いたします。

<受付>

- ・注射型インフルエンザワクチンのみの方→インフルエンザ接種会場([健診・ワクチン]エリア入って左側)
- ・同時に他のワクチンや処方(外用薬など)希望される方→正面受付
- ・点鼻型インフルエンザワクチンの方→正面受付

<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(接種は妊婦さまの受診時に限ります)

※妊婦さまのIDでご主人・パートナーの予約を取ることはできません

※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)

■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(ビクトリア系統)の 3 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℃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適当と判断した方

- 2 週間以内に発熱(38℃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

ワクチン年齢札はご自身で受付時にお取りください。

☆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	S・H・R	年	月 日
(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。

☆不在が30分続く場合には、自動的にキャンセルとなります。 大人の方から年齢順に接種いたします。

※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	本日は注射型のワクチンでよろしいですか。	いいえ(19歳以上の方の点鼻ワクチンは対応していません)	はい	
2	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	
3	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	
4	2週間以内に発熱(38℃以上)がありましたか。	はい	いいえ	
5	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	
6	現在、気管支喘息など何ら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	
7	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	
8	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	
9	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	
10	今までにけいれん(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	
11	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	
12	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	
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 医療法人恵愛会 恵愛こどもクリニック 接種日(R 年 月 日)