

巡回型インフルエンザ予防接種 予診票作成マニュアル

MYメディカルクリニック ワクチンサポートデスク

予診票の作成を各企業様にお願いをしております。
下記作成方法でございますので、ご確認のほどよろしく
お願いいたします。

- ①メールに添付したURLから各種資料をダウンロード
- ②予診票Excelデータを開く
- ③「企業名」「健康保険組合」「接種料金」「会社負担」「窓口負担」「健保補助」の入力をお願いいたします。
- ④従業員様へ予診票データをお送りいただき、当日持参いただく旨の周知をお願いいたします。

【注意事項】

- ・「窓口負担」がある場合、予診票左上に【現金回収有】と記載があるものをお使いください。
- ・グループ会社等がある場合、企業名をわけて作成をお願いいたします。

※給与天引き等の場合であっても、当院と貴社としての請求方法として作成をお願いいたします。

※「健保補助」欄には、当院から健保へ補助申請をする場合のみになります。貴社から健保へ申請する場合、「会社負担」に記載をお願いいたします。

【現金回収有】インフルエンザワクチン予防接種 予診票		【2026年度】	
※接種希望の方は、 太字 欄にご記入ください。			
企業名 健康保険証 記号: 番号: 健康保険組合名 フリガナ 氏名 (18歳未満の人は保護者の氏名) 性別 ☐ 男性 ☐ 女性 生年月日 (年齢) 西暦 年 月 日 (歳) 電話番号 - -		接種日: 2026 年 月 日 接種料金: 円 会社負担: 円 窓口負担: 円 健康補助: 円 体温 度 分 (受付の際に測定可能です)	
質問事項			
1. 今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか?	はい/いいえ ()	はい	医師記入欄
2. 今日受けられるインフルエンザ予防接種はシーズン1回目ですか?	はい/いいえ () 回目 前回の接種は () 月 日	はい	
3. 1か月以内にその他の予防接種を受けましたか?	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()	
4. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか?	はい/いいえ () 予防接種名・症状 ()	はい/いいえ ()	
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか? ・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい/いいえ () 病名 () はい/いいえ () 病名 () はい/いいえ () 病名 ()	はい/いいえ ()	
6. 最近、1か月以内に何か病気にかかりましたか?	はい/いいえ () 病名 ()	はい/いいえ ()	
7. これまでに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓、血液疾患、免疫不全症、その他病気)にかかり、医師の診察を受けましたか?	はい/いいえ () 病名 ()	はい/いいえ ()	
8. これまで慢性気管支炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか?	はい/いいえ () 年 () 月頃 (現在治療中・治療していない)	はい/いいえ ()	
9. これまでにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか?	はい/いいえ () 頃(ぐらい) 月頃 (最長は () 年)	はい/いいえ ()	
10. 薬や食品(薬膳、薬膳など)で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか?	はい/いいえ () 薬または食品の名前 ()	はい/いいえ ()	
11. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか?	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()	
12. 1か月以内に家族や周囲で熱しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか?	はい/いいえ () 病名 ()	はい/いいえ ()	
13. (女性の方に)現在妊娠していますか?	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()	
14. その他、健康状態のことや医師に伝えておきたいことや疑問があれば、具書的に書いて下さい。			
医師の診察・説明を受け、接種を希望しますか? (スムーズな進行のために事前のご署名にご協力いただくと幸いです) 私は、東宮個人情報(取扱いについて)の内容を確認し、接種を受けることに同意します。また、緊急時には適切な対応を受けることに同意いたします。			
※接種者署名※ 年 月 日 (はい ・ 延期します) 署名(本人または保護者) _____			
医師 署名 以上の問診および診察の結果、今日の予防注射は(可倫・見合わせる) 医師の署名 _____			
使用ワクチン ロットシール貼付欄	接種量 皮下注 0.5ml (1/2V) (注: 0.5ml未満の場合は、記入しなくてください)	実施機関・接種日時 ☐ MYメディカルクリニック渋谷 ☐ MYメディカルクリニック大手町 ☐ MYメディカルクリニック横浜みなとみらい ☐ MYメディカルクリニック田町三田 ☐ MYメディカルクリニック新宿 ☐ MY内科クリニックせんげん台 医師名: 接種日時: 年 月 日	

【現金回収有】 例①) インフルエンザワクチン予防接種 予診票 【2026年度】

※接種希望の方は、太字枠内をご記入ください。

企業名	医療法人社団MYメディカル	接種日:	2026 年 月 日
健康保険証	記号: 番号:	接種料金:	4,000円
健康保険組合名		会社負担:	2,000円
		窓口負担:	2,000円
		健保補助:	円



【現金回収有】 例①) インフルエンザワクチン予防接種 予診票 【2026年度】

※接種希望の方は、太字枠内をご記入ください。

企業名	医療法人社団MYメディカル	接種日:	2026 年 月 日
		接種料金:	4,000円
		会社負担:	2,000円
		窓口負担:	2,000円
		健保補助:	0円

例①) 健保補助がない場合

- ・左記の通り、「健康保険証」「健康保険組合」の表示を削除いただいて問題ございません。
- ・貴社から健保へ補助申請を行う場合も同様に削除可能です。

例②) インフルエンザワクチン予防接種 予診票 【2026年度】

※接種希望の方は、太字枠内をご記入ください。

企業名	医療法人社団MYメディカル	接種日:	2026 年 月 日
健康保険証	記号: 番号:	接種料金:	4,000円
健康保険組合名	医療機関一健保への補助申請(東振協等)	会社負担:	0円
		窓口負担:	0円
		健保補助:	4,000円

例②)

「接種料金」と「健保補助」が同額の場合でも、接種料金と同額の記載をお願いいたします。

【現金回収有】 例②) インフルエンザワクチン予防接種 予診票 【2026年度】

※接種希望の方は、太字枠内をご記入ください。

企業名	医療法人社団MYメディカル	接種日:	2026 年 月 日
健康保険証	記号: 番号:	接種料金:	4,000円
健康保険組合名	医療機関一健保への補助申請(東振協等)	会社負担:	1,000円
		窓口負担:	1,000円
		健保補助:	2,000円

例③)

接種料金 = 会社負担 + 窓口負担 + 健保補助
となるよう記載をお願いいたします。

※院内接種がある場合、必ず作成いただいた貴社専用の予診票をお持ちください。
ご持参がない場合、通常料金3,960円(税込)での窓口支払いになります。

Provide Worldwide Best Medical care
働く方々に最高の健康サービスを

MYメディカルクリニック