

今年度より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メールに添付した予診票Excelデータをダウンロード
- ②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。
- ③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】

- ・グループ会社等がある場合には、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」の欄に記載いただくのは、当院から健保へ直接申請をす
る場合のみでございます。企業様から健保へ申請する場合には、「会社
負担」に記載をお願いいたします。

インフルエンザワクチン予防接種 予診票 【2025年度】

※接種希望の方は、本フォームを記入ください

企業名			接種日: 2025 年 月 日
健康保険証	記号:	番号:	接種料金 円 会社負担 円 窓口負担 円 健保補助 円
健康保険組合名			体温
フリガナ			度 分 (受付の際に 測定可能です)
氏 名			
(1)被接種者の人(接種者の氏名)			
性 別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	
生年月日 (年齢)	西暦 年 月 日 (歳)		
電話番号	-	-	

質問事項	回答欄 (※ 賛否に「却」印)	医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について説明をきちんと理解しましたか?	はい/いいえ	はい
2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は3週間以上経過していますか?	はい/いいえ	はい
3. 1ヵ月以内に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	はい/いいえ
5. 現在、何らかの病気で治療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 はい/いいえ はい/いいえ	はい/いいえ
6. 過去1ヵ月以内に何か病気にかかりましたか?	はい/いいえ	はい/いいえ
7. これまでにアレルギー(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、 気管支炎等、その他アレルギー)の診断を受けましたか?	はい/いいえ	はい/いいえ
8. これまで関連性肺炎や肺炎球菌感染症等の呼吸器系疾患と診断され、 入院、治療中ですか?	はい/いいえ	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	はい/いいえ
10. 薬や食品(薬、食品など)で皮膚にじんましんが出たことが、 医師の診断を受けたことがありますか?	はい/いいえ	はい/いいえ
11. 近親者に肺炎球菌感染症と診断された方がいますか?	はい/いいえ	はい/いいえ
12. 1ヵ月以内に重篤なアレルギー(じんましん、血腫、 おしりかぜなど)にかかったことがありますか?	はい/いいえ	はい/いいえ
13. 接種の方法に同意していますか?	はい/いいえ	はい/いいえ
14. その他、接種状態のご説明(アレルギー)を記入してください。		

※ 接種者署名 ※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務のご署名にご協力いただけますと幸いです)

(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 (可能 ・ 見合わせる) 医師の署名 _____

使用ワクチン	接種量	実施機関・接種日時
ロタシル4価接種	皮下注 0.5ml (1/2V) (注: 0.5ml未満の場合は、記入しないでください)	<input type="checkbox"/> MYメディカルクリニック渋谷 <input type="checkbox"/> MYメディカルクリニック大手町 <input type="checkbox"/> MYメディカルクリニック塩浜みなとみらい <input type="checkbox"/> MYメディカルクリニック田町三田 <input type="checkbox"/> MYメディカルクリニック新宿 <input type="checkbox"/> MY内科クリニックせきげん会
		医師名: _____ 接種日時: 年 月 日

例① インフルエンザワクチン予防接種 予診票 【2025年度】

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

企業名	MYメディカルクリニック	接種日:	2025 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	MYメディカルクリニック健康保険組合(自社健保)	会社負担:	2,000円
		窓口負担:	2,000円
		健保補助:	0円

例①

企業様から健保へ申請する場合(自社健保等)の場合には、例のように会社負担の欄に記載をお願いいたします。

例② インフルエンザワクチン予防接種 予診票 【2025年度】

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

企業名	MYメディカルクリニック	接種日:	2025 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	当院→健保への補助申請の健保(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

また接種料金と健保補助額が同額の場合には、接種料金を0円とはせず、接種料金と同額での記載をお願いいたします。

例③ インフルエンザワクチン予防接種 予診票 【2025年度】

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

企業名	MYメディカルクリニック	接種日:	2025 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	当院→健保への補助申請の健保(東振協等)	会社負担:	1,000円
		窓口負担:	2,000円
		健保補助:	1,000円

例③

接種料金=会社負担+窓口負担+健保補助になるように記載をお願いいたします。

※院内接種がある場合には、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。
ご持参がない場合には、通常料金3,960円(税込)での窓口支払いになります。