

## 経鼻インフルエンザ生ワクチン(フルミスト)接種予診票

		診察前の体温	度 分
住 所		電話	( )
受ける人の氏名	男・女	生年月日	S・H・R 年 月 日生
保 護 者 氏 名		(満 歳 力月)	接種可能年齢 2 歳以上 50 歳未満

質問事項	回答欄	医師記入欄
輸入ワクチン(厚生省未承認ワクチン)を接種する場合は、輸入元の(株)IMMC の補償制度はありますが、日本医薬品医療機器総合機構の補償の適応外であることを理解していますか？	はい  いいえ	
本日、身体に具合の悪いところがありますか？( )	はい  いいえ	
分娩時・出生時・乳幼児健診などで異常を指摘されたことがありますか？( )	はい  いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、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？ 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良いといわれましたか？	はい  いいえ	
アスピリンの内服をしていますか？	はい  いいえ	
最近 1 か月以内に病気にかかったり、お薬をのみましたか？( )	はい  いいえ	
接種が 5 歳未満の場合、これまで風邪の時などにゼーゼー(喘鳴)した既往がありますか？	はい  いいえ	
喘息と診断されている場合、1年以内に喘息発作がありましたか？	はい  いいえ	
1 か月以内に家族や遊び仲間に麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜなどの病気に人がいましたか？ 病名( )	はい  いいえ	
4 週間以内に予防接種を受けましたか？接種日 月 日/予防接種名( )	はい  いいえ	
6 ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか？	はい  いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか？( 歳頃)	はい  いいえ	
その時熱が出ましたか？	はい  いいえ	
薬や食品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？ 薬・食品名( )	はい  いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか？	はい  いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか？予防接種名( )	はい  いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか？	はい  いいえ	
現在、生理が遅れている、または妊娠の可能性がありますか？	はい  いいえ	
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	私は、接種の目的、効果、副反応、補償制度について十分説明しました。 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 ) 医師署名又は記名押印
保護者(本人) 記入欄	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応、補償制度などについて十分に理解した上で、接種を希望します。 保護者署名(もしくは本人署名)

使用ワクチン名	接種量・接種方法	実施場所・医師名・接種年月日
FluMist Intranasal Quadrivalent Vaccine (Medimmune 社(米国))	0.2ml 鼻腔内噴霧	実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日

(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A 型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6ヶ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。