

フルミスト チェックリスト

(接種者氏名：)

該当しない場合は √ をつけ、接種当日にこちらの用紙をお持ちください。

- 5歳未満、50歳以上
- 卵・ゲンタマイシン・ゼラチンアルギニン・その他インフルエンザワクチン重篤アレルギー・アナフィラキシーの既往
- 重度の免疫不全またはそのような方と関わることもある
- アスピリン服用中
- 抗インフルエンザ薬を服用している
- ギランバレー症候群の既往がある
- 妊娠中または妊娠の可能性がある
- 明らかな発熱、鼻水、鼻閉感が強いなど体調がすぐれない
- 過去4週間以内に別のワクチンを接種した (日： / 、 ワクチン名：)

※以下の方は接種前に必ず医師へご確認お願いいたします

- ・5歳未満で喘息の治療を行っている方や喘息発作が頻繁にあり1年以内に喘息発作があった方
- ・慢性疾患 (心臓・肝臓・腎臓・喘息などの呼吸器、糖尿病、貧血、免疫不全など) をお持ちの方