



輸入経鼻噴霧式生インフルエンザワクチン（フルミスト）接種予診表



| | | | | |
|---------|--|-----|--------|-------|
| 住所 | | | 診察前の体温 | ℃ |
| フリガナ | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 受ける人の氏名 | | | (満年齢) | |
| 保護者の氏名 | | | 電話番号 | |

| | | |
|---|-----|-----|
| 輸入ワクチンを接種する場合は、厚労省未承認ワクチンであり、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？ | いいえ | はい |
| 今までに、不活化インフルエンザワクチンの接種をされたことはありますか？ | いいえ | はい |
| 今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状 () | はい | いいえ |
| 最近、1か月以内に病気にかかったりお薬を飲みましたか 病名 () | はい | いいえ |
| 1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいきましたか 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 (/) 予防接種名 () | はい | いいえ |
| 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか | 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よいといわれましたか | いいえ | はい |
| ひきつけ（痙攣）をおこした事がありますか () 歳頃 | はい | いいえ |
| その時、熱が出ましたか？ | いいえ | はい |
| 薬や食品で皮ふ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 |
| 免疫不全患者（抗がん剤治療を受けている人）や、そういった患者様を介護したりしていますか？ | はい | いいえ |
| アレルギーのために、卵が食べられませんか？ | はい | いいえ |
| 接種者が5歳未満児の場合 → 感冒罹患後、喘鳴（ゼーゼー）の歴がありますか？ | はい | いいえ |
| 過去1年以内に喘息発作が出たことがありますか？ | 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人はいますか (12歳以上の女性の場合) 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 |
| 今授乳中ですか | 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 | 問診及び診察の結果、今日の予防接種は (実施できる ・ 見合わせた方がよい) と判断します | | |
| | | | 医師署名又は記銘捺印 |
| 保護者 (本人) 記入欄 | 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで予防接種を希望します | | |
| | | | 保護者(本人)署名 |

| | | | | |
|-------|----------|------|--------|----------|
| ワクチン名 | メーカー/ロット | 接種部位 | 接種量 | 実施場所・医師名 |
| フルミスト | JK2515 | 経鼻 | 0.2 ml | 年 月 日 |