[フルミスト(鼻スプレー式インフルエンザ生ワクチン] 予診票・説明書・同意書

住　所				診察前の体温	．　℃
フリガナ		男・女	生年月日 (満年齢)	昭和・平成　年　月　日 (満　歳　か月)	
受ける人の氏名					
保護者の氏名		電話番号		－ －	

(予診票) 下記の質問事項を丁寧に読んで、ボールペンでお書きください(○で囲む、または具体的に記入してください)

過去にフルミストなどの鼻スプレー式インフルエンザ生ワクチンを国内で接種したことがありますか	はい	いいえ	
国内未承認ワクチンであり、補償制度は輸入元の保険しかないことについて理解しましたか	いいえ	はい	
接種を受ける人は2歳以上49歳以下ですか	いいえ	はい	
過去に注射のインフルエンザワクチンを受けたことがありますか	いいえ	はい	
今日、鼻水・鼻づまりはありますか (鼻炎・鼻閉がある方は接種できません)	はい	いいえ	
心疾患・肺疾患・喘息・肝疾患・糖尿病・貧血・神経系疾患・免疫不全と診断されたことはありますか	はい	いいえ	
造血肝細胞移植など重度の免疫不全患者と接触する機会はありますか	はい	いいえ	
次にあげる項目に該当しますか 重度のアレルギー(卵・ゲンタマイシン・ゼラチン・アルギニン等)、長期アスピリン内服中	はい	いいえ	
(女性への質問です) 妊娠中または授乳中ですか	はい	いいえ	
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　(　　)	はい	いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか 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(　/　) 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	
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	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	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
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	
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	はい	いいえ	
最近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	
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 (説明書)	私は、フルミストの接種の目的、効果、副反応、補償について十分説明しました 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		
		医師署名又は記名押印	

本人(保護者) 記入欄 (同意書)	医師の診察・説明を受け、フルミストの接種の効果や副反応などについて十分理解したうえで、 自らの判断で接種することを希望します		
		本人(保護者) 署 名	

ワクチン名	メーカー / ロット	接種部位	実施場所・医師名・接種年月日
FluMist	Medimmune/	左右鼻腔	