

経鼻弱毒生インフルエンザワクチン(フルミスト点鼻液)接種 予診票

*接種希望の方へ：太ワク内にご記入ください。

診察前の体温 度 分

住 所	〒		TEL ()	度	分
フリガナ		男・女			
受ける人の氏名		生年月日	年	月	日生
(保護者の氏名)			(歳 か月)		

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文書を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。 注：経鼻弱毒生ワクチン(フルミスト点鼻液)はシーズン1回投与になります。	いいえ ()回目	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に()	いいえ	
現在、何かの病気で医師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いわれましたか。	はい (病名) はい ・ いいえ はい ・ いいえ	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。	はい (病名)	いいえ	
これまでに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、発育障害、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。	はい (病名)	いいえ	
これまでに重度の喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか。	はい (年 月頃) 現在治療中 ・ 治療していない	いいえ	
これまでにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい (年 月頃) (最後は 年 月頃)	いいえ	
これまでに薬や食品(ゼラチン、鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。	はい (薬、食品名)	いいえ	
近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか。	はい (予防接種名)	いいえ	
近親者の中で先天性免疫不全症と診断された方はいますか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい (病名)	いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい (予防接種名)	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がありますか。	はい(予防接種名 (症状))	いいえ	
(予防接種を受けられる方がお子さまの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい (具体的に)	いいえ	
(女性の方に) 現在妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか。 または授乳していますか。注：接種後約2か月間は妊娠をしないように注意してください。	はい	いいえ	
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問がありますか。	はい (具体的に)	いいえ	

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)。
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく
救済について説明した。また、本剤の接種対象者が2歳以上19歳未満であることを確認した。 _____

医師の署名または記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性などについて
理解した上で、接種することを (希望します ・ 希望しません)。
(被接種者が自署できない場合、代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載ください。) _____

本人の署名(もしくは保護者の署名)

代筆者の場合：続柄 _____

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
名 称：フルミスト点鼻液 メーカ名：第一三共株式会社 製造番号：	点鼻 (各鼻腔0.1mL噴霧) 0.2mL	医療機関名： 医療法人社団 きどわき医院 医 師 名： 接 種 日 時： 年 月 日 時 分

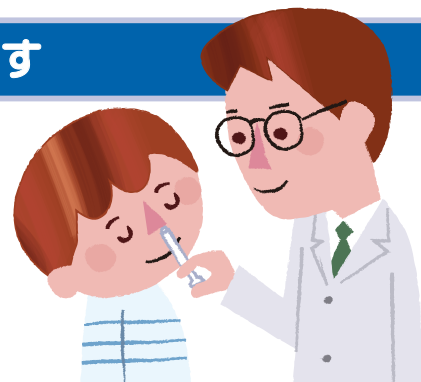
記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。

鼻へ噴霧するタイプのインフルエンザワクチン フルミスト[®]点鼻液を接種される方・ 保護者の方へ

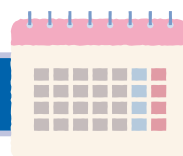
〔監修〕 川崎医科大学 小児科学 特任教授 中野 貴司 先生

○ フルミスト点鼻液はこんなワクチンです

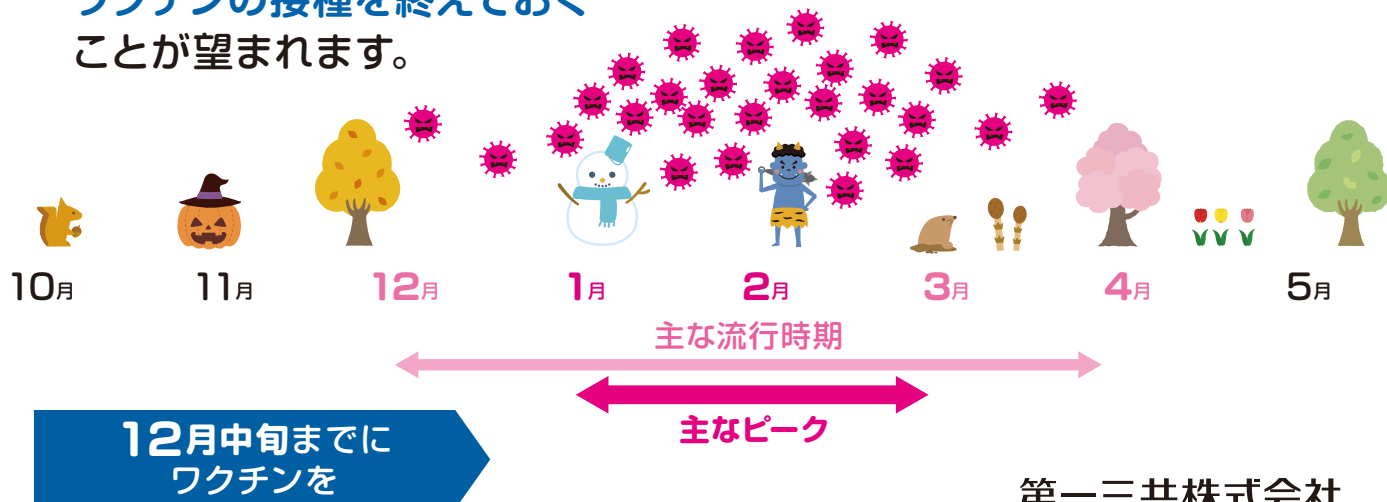
- 日本初となる、**鼻へ噴霧するタイプ**のインフルエンザワクチンです。
- 鼻へ噴霧するため、**針を刺す必要がありません**。
- **2～18歳**の方が対象です。
- フルミスト点鼻液のワクチン接種は、**1回分で完了**です。
(左右それぞれの鼻へワクチンを噴霧すれば、終わりです)
- フルミスト点鼻液を接種された方は、積極的に吸入(鼻ですする)する必要はありません。
- ワクチン接種後に、鼻水、鼻づまり、せき、のどの痛み、頭痛などの副反応が現れることがあります。まれに、ショックやアナフィラキシーなどの重大な副反応が現れることもあります。いつもと違う体調変化や異常を認めた場合は、速やかに医師にご連絡ください。



○ いつ頃からワクチンを接種すればいいの？



- インフルエンザは、例年12月～3月頃に流行し、1月～2月にピークを迎えることが多いので、**12月中旬までにインフルエンザワクチンの接種を終えておく**ことが望まれます。



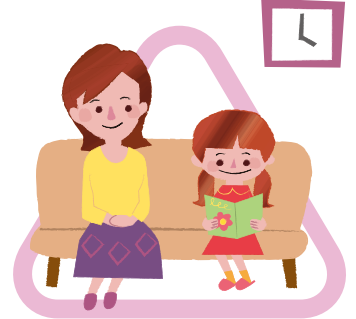
第一三共株式会社

Daiichi-Sankyo

○フルミスト点鼻液 接種後の注意



- フルミスト点鼻液の**接種後30分間**は、アナフィラキシーなどの急な副反応が起こることがあります。医師とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
- 接種当日は、入浴しても差し支えありません。
- 接種当日は、いつもの生活をして構いませんが、激しい運動は避けましょう。
- フルミスト点鼻液の接種後1～2週間は、重度の免疫不全者との密接な接触は避けてください。
- フルミスト点鼻液のワクチン接種時に、医師が必要と認めた場合は、**他のワクチンも同時に接種**することができます。他のワクチン接種を希望される際は、医師にご相談ください。



医療機関名

医療法人社団 きどわき医院

第一三共株式会社

Daiichi-Sankyo