

**【経鼻インフルエンザ生ワクチン(フルミスト)接種】 予診票・接種同意書**

住所			診察前の体温				度
フリガナ		男	生年月日	西暦	年	月	日
氏名		女		(	歳	か月)	
保護者の氏名		電話番号					

接種歴	これまでにインフルエンザワクチンを接種したことがありますか	はい	いいえ
既往歴	これまでにインフルエンザに罹患したことはありますか	はい	いいえ

質問事項	回答欄	
説明書を読み、フルミストの効果や副反応、国内未承認ワクチンには健康被害救済制度がないことについて理解されましたか	はい	いいえ
今日、身体に具合の悪いところがありますか(症状 )	はい	いいえ
最近 1 か月以内に病気にかかりましたか(症状 )	はい	いいえ
分娩時・出生時・健診などで異常を指摘されたことはありますか( )	はい	いいえ
心疾患・肺疾患・肝疾患・糖尿病・神経疾患などの慢性疾患を有していますか( )	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
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
免疫不全の方と接触する機会がありますか	はい	いいえ
5歳未満の方・ゼイゼイした呼吸を指摘されたことはありますか	はい	いいえ
喘息と診断されている方・1年以内に喘息発作はありましたか	はい	いいえ
妊娠の可能性はありますか 妊娠中、授乳中ですか	はい	いいえ
鶏卵や、薬剤や予防接種などで強いアレルギー反応を起こしたことはありますか	はい	いいえ
今までに予防接種を受けてアレルギー反応を起こしたことはありますか	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

本人/保護者ご署名欄	別紙説明内容を受け、フルミストの効果や副反応、補償制度について理解したうえで同意し、 予防接種を ( 希望します 希望しません )	
	ご署名	
医師記入欄	問診および診察の結果、今日の予防接種は( 実施できる 見合わせた方が良い )と判断します	
	医師署名	

ワクチン名/LotNo	摂取量	接種部位	接種施設名/医師名/接種年月日			
フルミスト	0.2ml	両鼻腔噴霧	東京都豊島区東池袋 4-5-1 ライズシティ池袋 B102 東池袋小児科醫院			
			医師名		接種年月日	