

【経鼻弱毒生】インフルエンザ予防接種予診票

※下記太枠内にご記入をお願い致します。個人情報情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用致します。

※18才未満の方が接種される場合は、保護者の方と同伴願います。

診察券No.

フリガナ		診察前体温	度	分
氏 名		男 ・ 女	生 年 月 日	
			昭和・平成・令和 年 月 日(満 歳)	
住 所	〒		TEL - -	

質問事項	回答欄	
本日、体調の悪いところがありますか	いいえ	はい
現在何らかの病気、あるいは1ヶ月以内に病気にかかりましたか →病名:()	いいえ	はい
1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜ等の病気の方がいましたか →病名:()	いいえ	はい
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか →予防接種名:() 前回接種日:()	いいえ	はい
今までに予防接種を受けて、体調が悪くなったことがありますか →予防接種名:()	いいえ	はい
今までに特別な病気(心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全症、気管支喘息、その他の病気)にかかり、医師の診察(治療・投薬など)を受けたことがありますか、又は治療中ですか。 →病名:()	いいえ	はい
今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	いいえ	はい
薬や食品(特に鶏肉・卵等)で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体調が悪くなったことがありますか →食品・薬品名:()	いいえ	はい
近親者の方に先天性免疫不全と診断された方がいますか	いいえ	はい
(女性の方) 現在妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか	いいえ	はい
(保護者の方) 接種されるお子様が分娩、出生時や乳幼児健診で異常がありましたか	いいえ	はい
今シーズンのインフルエンザ予防接種は1回目ですか ※フルミスト点鼻液は今シーズン1回投与です	はい	いいえ
「経鼻弱毒生インフルエンザワクチンの接種について」説明文をお読み頂けましたか	はい	いいえ

医師の記入欄: 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)

本人に対して予防接種の効果、副反応及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ました。

医師の署名:

医師の診察及び説明を受けて、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で接種を希望します

本人(もしくは保護者)の署名:

※未成年の方は保護者の方の署名をお願いいたします。

フルミスト点鼻液 製造版番号		実施場所 : 〒115-0043 東京都北区神谷三丁目15番37号 ロイヤルパークス赤羽アネックス医療法人社団 東京白報会 総合クリニック ドクターランド赤羽
用法・用量	0.2ml(各鼻腔0.1ml噴霧)	
接種年月日		

医療法人 白報会グループ

経鼻弱毒生インフルエンザワクチン(フルミスト点鼻液)の接種について

経鼻弱毒生インフルエンザワクチンの接種を実施するにあたり、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。

予診票は出来るだけ詳しくご記入ください。お子さまの場合、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

【ワクチンの効果と副反応】

本ワクチンはインフルエンザウイルスを弱毒化した生ワクチンです。接種後に体の中で増えたワクチンウイルスに対する免疫ができ、インフルエンザウイルスの感染を予防します。一方、本ワクチンの接種に伴う副反応として、鼻閉・鼻漏、咳嗽、口腔咽頭痛、頭痛などがみられることがあります。また、重い副反応としてショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など）や、海外ではベル麻疹を含む脳神経障害、脳炎、けいれん（熱性けいれんを含む）、ギラン・バレー症候群（手足に力がいらない、しびれ、食べものが飲み込みにくい、呼吸が苦しいなど）、血管炎（発熱、頭痛、倦怠感、紫斑、紅斑など）などが報告されています。このような症状が認められたり、疑われた場合はすぐに医師に申し出てください。なお、健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人または家族が、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行なうことになります。

【予防接種を受けることができない方】

1. 明らかに発熱している方（通常は37.5℃を超える場合）
2. 重い急性疾患にかかっていることが明らかな方
3. 過去に本ワクチンに含まれている成分で、アナフィラキシー（通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のひどいじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと）を起こしたことがある方
4. 明らかに免疫機能に異常のある疾患をお持ちの方、免疫抑制をきたす治療を受けている方
5. 経口または注射の副腎皮質ホルモン剤を使用している方
6. 妊娠していることが明らかな方
7. その他、医師が予防接種を受けることが不適當と判断した方

【予防接種を受ける際に、医師とよく相談をしなければならない方】

1. ゼラチン含有製剤またはゼラチン含有の食品に対して、副反応を起こしたことがある方
 2. 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患などの基礎疾患のある方
 3. 過去に予防接種で接種後2日以内に発熱、全身性の発疹などのアレルギーを疑う症状がみられた方
 4. 過去にけいれん（ひきつけ）を起こしたことがある方
 5. 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方、または近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
 6. 重い喘息のある方または喘鳴の症状のある方
 7. 薬の服用または食事（鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のもの）で発疹が出たり、体に異常をきたしたことのある方
 8. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている方
 9. 妊娠中または妊娠の可能性のある方（接種前1か月間避妊していない方）、授乳中の方
 10. サリチル酸系医薬品（アスピリンなど）、ジクロフェナクナトリウム、メフェナム酸を服用している方
- 接種後2カ月は妊娠を控える

【ワクチン接種後の注意】

1. インフルエンザワクチン接種後30分は急な副反応（ショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など））が起きることがあります。医療機関に居るなどして様子を観察し、医師とすぐに連絡が取れるようにしておきましょう。
2. 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすことはやめましょう。
3. 接種当日は接種部位を清潔に保ち、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
4. 万一、高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は速やかに医師の診察を受けてください。
5. 妊娠が可能な方は、接種後2か月間は妊娠をしないように注意しましょう。