インフルエンザ経鼻生ワクチン　フルミスト　　予診票

※接種希望の方は、**太ワク**内をご記入ください。

		診察前の体温	度　　分
住所		電話番号	(　　)　　-
フリガナ		保護者氏名	
予防接種を受ける人の氏名	(　男　・　女　)		
生年月日	西暦　　年　　月　　日 生 (　　歳　　カ月)		

質　問　事　項	回　答　欄		医師記入欄
今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
輸入ワクチン(厚生労働省未承認ワクチン)を接種する場合は、補償制度は実質ないことについて理解しましたか	いいえ	はい	
今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	はい	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい(病名　　)	いいえ	
【はいの場合】その病気で治療(投薬など)を受けていますか (薬の名前　　)			
最近1ヵ月以内に何か病気にかかりましたか	はい(病名　　)	いいえ	
最近1ヵ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	はい	いいえ	
最近1ヵ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	
今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(具体的に　　)	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(具体的に)	いいえ	
【はいの場合】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良いと言われましたか	いいえ	はい	
アスピリンの内服をしていますか	はい	いいえ	
過去に、ぜーぜーしたことはありますか(時期:	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚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	はい	いいえ	
インフルエンザの成分(鶏卵、ゲンタマイシン、ゼラチン、アルギニン)に対してアレルギー症状が出たことはありますか	はい	いいえ	
免疫不全の方(がん治療中の方など)と接触する機会がありますか	はい	いいえ	
最近6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか	はい(いつ、理由　　)	いいえ	
【ご婦人の方に】 1)現在妊娠をしている可能性がありますか	はい	いいえ	
2)接種後2ヵ月間の避妊についてご理解いただけましたか	いいえ	はい	
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください			

以下の事項を、必ずご確認ください

☐ **先天性及び後天性免疫不全状態の人は接種できません**

例えば、急性及び慢性白血病、リンパ腫、骨髄やリンパ系に影響を与えるその他疾患、HIV感染またはAIDSによる免疫抑制状態、細胞性免疫不全などによる

☐ **薬剤等のよる治療を受けており、明らかに免疫抑制状態の人は、接種できません。生ワクチンの併用について各薬剤の添付文書をご確認ください**

副腎皮質ステロイド剤(注射剤、経口剤):プレドニゾロン等

免疫抑制剤:シクロスポリン(サンディミュン)、タクロリムス(プログラフ)、アザチオプリン(イムラン)等

その他免疫抑制作用のある薬剤:抗リウマチ剤、抗悪性腫瘍剤等

医師記入欄 ： 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副作用被害救済制度について説明した	医師の署名

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上で、 接種を受けますか (　　受けます　　・　　見合わせます　　)	署名(本人もしくは保護者氏名)

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
Lot No　　TJ2292	0.2ml (各鼻0.1ml)	実施場所:　つだ小児科クリニック 医師名:　津田　正彦 接種日時: