

フルミスト 予診票・接種同意書

任意接種 | 鼻に噴霧する生ワクチン | 対象：2歳以上19歳未満

接種を受けるご本人、または健康状態を把握している保護者が記入してください。同意欄は当日の説明後に記入します。

ふりがな	生年月日（西暦） 年 月 日
接種を受ける方の氏名	接種時の年齢 満 歳 か月
住所 〒	連絡先電話番号
記入日 年 月 日	接種前の体温（当日） . °C

接種前の確認 各項目の回答に○を付けてください。不明な場合は「？」を記入してください。

A 体調・病歴・アレルギー・使用薬		
1	今日は、発熱・咳・強い鼻づまりなど、気になる体調の変化がありますか。	はい・いいえ
2	治療中の病気、大きな病気の経験、または発育上の問題を指摘されたことがありますか。	はい・いいえ
3	喘息と診断されたこと、または現在ゼーゼーする呼吸がありますか。	はい・いいえ
4	これまでに、ひきつけ・けいれんを起こしたことがありますか。	はい・いいえ
5	薬や食品でアレルギー症状が出たことがありますか（卵・鶏肉・ゼラチン等も含む）。	はい・いいえ
6	ご本人に、予防接種後の発熱・発疹や、強いアレルギー反応の経験がありますか。 例：全身のじんましん、息苦しさ等。血縁者の接種後の異常も、分かれば補足欄へ。	はい・いいえ
7	免疫の異常を指摘されたこと、または血縁者に先天性免疫不全の方がいますか。	はい・いいえ
8	過去6か月以内に、ステロイドの飲み薬・注射や、免疫を抑える薬を使用しましたか。	はい・いいえ
9	使用中、または最近使用した薬がありますか（吸入薬・市販薬も含む）。 抗インフルエンザ薬、アスピリン、ジクロフェナク、メフェナム酸は必ず申告してください。	はい・いいえ
B 最近の感染・予防接種・生活上の確認		
10	過去1か月以内に病気にかかった、または麻しん・風しん・水痘等の患者が身近にいましたか。	はい・いいえ
11	過去1か月以内に予防接種を受けましたか。今後の接種予定も補足欄へ記入してください。	はい・いいえ
12	今シーズン、すでにインフルエンザワクチンを接種しましたか。	はい・いいえ
13	重い免疫不全の方との同居、または接種後2週間以内に密に接する予定がありますか。	はい・いいえ
14	接種を受けるご本人は、妊娠中・妊娠の可能性・授乳中、または今後約2か月以内に妊娠を希望する、のいずれかに当てはまりますか。	はい・いいえ 該当しない

※「はい」だけで接種不可とは決まりません。内容を医師が確認します。妊娠可能な方は、接種前約1か月・接種後約2か月の避妊も確認します。

補足欄：「はい」の内容、病名・薬名・症状・接種日、その他の相談をご記入ください。お薬手帳等もご提示ください。

説明を受けた後の意思確認

フルミストの効果と限界、副反応、接種前後の注意、費用、医薬品副作用被害救済制度（PMDA）について説明を受けました。質問への回答を含めて内容を理解し、次のとおり選択します。

☐ 接種を希望し、同意します。 ☐ 今回は接種を希望しません。

本人または保護者の署名	同意日 年 月 日
保護者・代筆者が署名した場合の、接種を受けるご本人との関係：	

※未成年者は原則として保護者が署名してください。自署が難しい場合は医師にお申し出ください。

医療機関記入欄

対象年齢・問診・検温・診察を確認し、必要事項を説明した。 ☐ 接種可 ☐ 本日は見合わせ	
医師署名：	所見：
接種日： 年 月 日	製造番号（Lot）：

使用薬剤：フルミスト点鼻液 0.2mL（左右の鼻腔に0.1mLずつ） / 上鶴間内科クリニック 院長 岩崎拓也