

経鼻インフルエンザ生ワクチン(FluMist)接種問診票・同意書

診察前の体温 _____ °C

住 所		電話番号	()
受ける人の氏名	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
保護者の氏名		満 歳	ヶ月

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
フルミストについて書かれている説明を読み、理解しましたか。	はい	いいえ	
厚生労働省未承認ワクチンであり、日本医薬品医療機器総合機構の補償の適応外であることを理解していますか。	はい	いいえ	
今までにインフルエンザにかかったことがある、またはインフルエンザの予防接種をしたことがありますか。	はい	いいえ	
分娩時・出生時・乳幼児健診などで異常を指摘されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ	
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	いいえ	
食品や薬で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。 食品名・薬名 ()	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 ()歳ごろ	はい	いいえ	
最近、4週間以内に病気にかかりましたか。 病名()	はい	いいえ	
4週間以内に家族や周囲に麻疹、風疹、水痘、おたふく風邪などの病気の方がいましたか。	はい	いいえ	
4週間以内に予防接種を受けましたか。 ()	はい	いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全など)にかかり、医師に診察を受けていますか。	はい	いいえ	
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。	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	
接種者が5歳未満の方→これまで風邪のときなどに強くゼーゼー(喘鳴)した既往がありますか	はい	いいえ	
接種者が5歳以上の方→気管支喘息と診断されている場合、1年以内に喘息発作がありましたか	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	

保護者記入欄	医師の診察・説明を受け、フルミストの効果や副反応、補償制度が無いことについて十分理解した上で同意し予防接種を希望します。 保護者署名 _____		
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(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します 医師署名又は記名押印 高田 佳宜		
使用ワクチン名	接 種 量	実 施 場 所 ・ 医 師 名	
FluMistQuadrivalent AstraZeneca Lot No.PJ3268	0. 2ml(各鼻0. 1ml) 鼻腔内噴霧	実施場所	東京都西東京市南町5-9-17 医療法人社団佳朋会 すくすく kids クリニック
		医師名	高田 佳宜