

【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 今年 (1回目 ・ 2回目)

住所	〒		診察前の体温 : ()℃	
フリガナ 受ける人の氏名		男・女	生年月日 (年齢)	西暦 年 月 日 (歳 ヶ月)
保護者の氏名 (高校生以下の場合)		電話番号	- -	

接種歴	これまでに1回でもインフルエンザワクチンを(注射も含む)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1回でもインフルエンザにかかったことがありますか。	はい・いいえ
内服歴	2週間以内にインフルエンザの薬(タミフル・リレンザなど)を使用しましたか?	はい・いいえ

下記の質問事項をていねいに読んで、黒のボールペンでご記入ください(○で囲むか、具体的に記載してください)

質問事項 (同意書も兼ねていますので、ていねいにご回答ください)		回答欄		医師記入欄
1	当院のフルミストの説明書を全て読み、効果や副反応、健康被害救済制度について理解されましたか。	はい	いいえ	
2	国内未承認のワクチンであり、万一の補償は国のものではなく輸入元の救済補償制度しかないことを理解されましたか。	はい	いいえ	
3	鶏卵、ゼラチン、薬剤などで強いアレルギー反応を起こしたことがありますか? (薬・食品名: 時期: 症状)	いいえ	はい	
4	接種を受ける人の発育歴についておたずねします。(中学生以下の方)			
	・出生体重 (g)			
	・分娩時に異常がありましたか。具体的に ()	いいえ	はい	
	・出生後に異常がありましたか。具体的に ()	いいえ	はい	
5	今日、体に具合の悪いところがありますか。症状 ()	いいえ	はい	
6	最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。病名 ()	いいえ	はい	
7	最近1ヶ月以内にインフルエンザの薬を使いましたか?(治療・予防投与含む)	いいえ	はい	
8	1ヶ月以内に家族や遊び仲間麻疹、風疹、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか。 病名 ()	いいえ	はい	
9	生まれてから今までに特別な病気(先天性異常・心臓・腎臓・脳神経・免疫不全・その他)にかかり、病院で医師の診断や治療を受けましたか。病名 ()	いいえ	はい	
	【はい】の方 → その病気を診てもらった医師・医療機関から今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
10	ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。 【はい】の方 → それは何歳ごろですか。(歳)	いいえ	はい	
11	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。	いいえ	はい	
12	これ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】の方 → 予防接種名 ()	いいえ	はい	
13	5歳未満の方 → 風邪などの時にゼーゼーした呼吸となったことがありますか。	いいえ	はい	
14	喘息と診断されている方 → 1年以内に喘息の発作がありましたか。	いいえ	はい	
15	12歳以上の女性の方 → 現在、生理が遅れていたり、または妊娠の可能性はありますか。	いいえ	はい	
16	今日の予防接種について質問がありますか。	いいえ	はい	

本人・保護者 御署名欄	医師の診察・説明内容を受け、フルミストの効果や副反応、補償制度について十分に理解した上で同意し、予防接種を希望します。	
	本人(もしくは保護者)御署名	

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 ・ 見合わせた方がよい) と判断します。	
	医師署名	

ワクチン名/Lot.No	接種量	接種部位	接種施設名/医師名/接種年月日		
フルミスト MJ3210	0.2ml	鼻腔内噴霧	〒101-0021 東京都千代田区外神田4-9-2 千住ビル4階 ユアクリニック秋葉原		
			医師名	杉原 桂	接種年月日