

## インフルエンザ経鼻生ワクチン（フルミスト） 予診票

|         |  |     |      |   |   |   |
|---------|--|-----|------|---|---|---|
| 住所      |  |     | 体温   |   | ℃ |   |
| フリガナ    |  | 男・女 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 受ける人の氏名 |  |     | 年齢   | 満 |   | 歳 |
| 保護者氏名   |  |     | 電話番号 |   |   |   |

|   |    |     |
|---|----|-----|
| 輸入ワクチン(厚生省未承認ワクチン)を接種する場合は、日本医薬品医療機器総合機構の保証の適応外であることを理解していますか | はい | いいえ |
| 本日身体に具合の悪いところがありますか( )  | 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 |
| 卵アレルギーを指摘されたことがありますか  | はい | いいえ |
| 過去に喘息と診断を受けたことがありますか  | はい | 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はありますか                                  | 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 |
| 心疾患、肺疾患、糖尿病、神経疾患などの慢性疾患と診断されたことはありますか                         | はい | いいえ |
| 免疫不全の方と接触する機会がありますか   | はい | いいえ |
| (女性のみ)妊娠中ですか もしくは妊娠の可能性がありますか                                 | はい | いいえ |
| 今日の予防接種について質問はありますか   | はい | いいえ |

|        |  |  |
|--------|--|--|
| 医師記入欄  | 本日の予防接種は(実施できる・見合わせた方が良い)と判断します        |  |
|        | 医師署名                                   |  |
| 保護者記入欄 | 医師の説明を受けて、予防接種の効果や副反応などにつき理解して接種を希望します |  |
|        | 保護者署名                                  |  |

| ワクチン名・ロット       | 接種方法 | 接種量   | 実施場所／医師名                            |
|-----------------|------|-------|-------------------------------------|
| フルミスト<br>MH2024 | 点鼻   | 0.2ml | ワールドシティ益子クリニック<br>院長 益子 貴博<br>年 月 日 |