

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		生年月日	年 月 日
受ける人の 氏名	男・女	年齢	満 歳
保護者氏名		電話番号	

輸入ワクチン（厚労省未承認ワクチン）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
本日、身体に具合の悪いところがありますか（ ）	いいえ	はい
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 （ ）	いいえ	はい
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 （ ）	いいえ	はい
アスピリンの内服をしていますか	いいえ	はい
過去に、ゼーゼーしたことがありますか？（時期： ）	いいえ	はい
過去 4 週間以内に他の予防接種を受けましたか（ ）	いいえ	はい
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	いいえ	はい
卵アレルギーの症状が出たことがありますか	いいえ	はい
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 （女性のみ）妊娠中ですか/妊娠の可能性ありますか	いいえ	はい
今までにけいれんを起こしたことがありますか（ ）	いいえ	はい
今日の予防接種について質問がありますか	いいえ	はい

医師記入欄	本日の予防接種は（実施できる ・ 見合わせた方がよい）と判断します		
		医師署名/記名捺印	
保護者記入欄	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き理解した上で接種を希望します		
		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 (WB2060)	点鼻	0.2ml (各鼻 0.1ml)	おりつこどもクリニック 折津 友隆 年 月 日 時