

【経鼻インフルエンザ生ワクチン(FluMist)接種問診票・同意書】

住 所	診察申し込み書と同じ・変更あり()			診察前の体温: _____ °C
フリガナ 受ける人の氏名		男・女	生年月日 年 月 日 年 齢	昭和・平成 年 月 日 歳
保護者の氏名			電話番号	— —

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	
国内未承認ワクチンであり、補償制度は輸入元の救済補償制度しかないことについて理解しましたか	はい・いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状()	いいえ・はい	
予防接種を受けてアレルギー反応を起こしたことがありますか ワクチン名()	いいえ・はい	
鶏卵、ゼラチン、薬剤などに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: _____、いつ頃: _____ どのような症状: _____)	いいえ・はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳ごろ	いいえ・はい	
最近、4週間以内に病気にかかりましたか 病名()	いいえ・はい	
4週間以内に家族や周囲に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名()	いいえ・はい	
4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名()	いいえ・はい	
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 病名()	いいえ・はい	
接種者が5歳未満の方 → これまで風邪の時などに強くゼーゼー(喘鳴)した既往がありますか	いいえ・はい	
5歳以上の方 → 気管支喘息、心臓、肝臓、腎疾患や糖尿病などの慢性疾患で現在治療中ですか	いいえ・はい	
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	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	
女性の場合 → 現在妊娠・授乳中、またはその可能性はありますか	いいえ・はい	

本人(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。

本人署名(もしくは保護者署名) _____

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(可能・見合わせる) 医師署名

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
FluMist Quadrivalent (MedImmune)	0.2ml 鼻腔内噴霧	実施場所 医師名
Lot No.		接種年月日 平成26年 月 日