

フルミストワクチンチェックリスト

氏名：_____

※事前にご確認の上、接種当日にこちらの用紙をお持ちください。

●該当しない場合は✓をつけてください。

- ☐ 2歳未満、19歳以上
- ☐ 卵・ゲンタマイシン・ゼラチン・アルギニン・その他インフルエンザワクチン重篤アレルギー・アナフィラキシーの既往
- ☐ 重度の免疫不全またはそのような方と関わることもある
- ☐ アスピリン服用中
- ☐ 抗インフルエンザ薬を服用している
- ☐ ギランバレー症候群の既往がある
- ☐ 妊娠中または妊娠の可能性がある、もしくは現在授乳中である
- ☐ 明らかな発熱、鼻水、鼻閉感が強いなど、体調がすぐれない
- ☐ アトピー性皮膚炎や気管支ぜんそくの治療に使われる、デュピクセント・ミチーガを投与している

●〔接種要注意〕 以下の方は接種前に必ず医師へ確認をお願いいたします。

- ・慢性疾患（心臓・肝臓・腎臓・喘息などの呼吸器疾患、糖尿病、貧血、神経疾患、免疫不全など）をお持ちの方
- ・5歳未満で喘息の治療をおこなっている方、もしくは喘息発作が頻繁にあり、1年以内に喘息発作があった方