



フルミスト点鼻液(インフルエンザ)予防接種 予診票

				診察前の体温		度 分	
住 所	〒 兵庫県			携帯			
フリガナ							
受ける人の氏名			男・女	生年月日	平成・令和	年 月 日生	
(保護者の氏名)						(歳 か月)	

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
今日受ける「フルミスト点鼻液ワクチン」は年齢制限があります。ご年齢は2歳～18歳の方ですか。	いいえ ※2歳～18歳以外は接種できません	はい	
今日受ける「フルミスト点鼻液ワクチン」は今シーズン初めてですか？ 1シーズン1回投与です。	いいえ ※投与できません	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい (具体的に)	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。	はい (病名)	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・ その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・ 主治医には今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい(病名) はい・いいえ はい・いいえ	いいえ	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	はい (予防接種名)	いいえ	
今までに特別な病気(先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経・免疫不全症 その他)にかかり医師の診察を受けたことがありますか。	はい (病名)	いいえ	
これまでにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい(回くらい) 最後は 年 月頃	いいえ	
これまでに重度の喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか。	はい(年 月頃) 現在治療中・治療していない	いいえ	
これまでに薬や食品(ゼラチン・鶏卵・鶏肉など)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。	はい (薬・食品名:)	いいえ	
1ヶ月以内に家族や周囲に麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい (病名)	いいえ	
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 (予防接種名)	いいえ	
近親者の中で先天性免疫不全症と診断された方はいますか。	はい	いいえ	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか。	はい	いいえ	
【今日予防接種を受けられるお子さんについて】 分娩時・出生時・乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい (具体的に)	いいえ	
(女性の方)現在妊娠しているあるいは妊娠の可能性がありますか。 または授乳していますか。※接種後約2ヵ月間は妊娠しないように注意してください。	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問・伝えておきたいことはありますか。	はい	いいえ	

医師の記入欄：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)。 医師の署名または記名捺印

本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明した。また、接種対象者が2歳以上19歳未満であることを確認した。

小野 英一

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いて理解した上で、接種することを (希望します ・ 希望しません)。

本人の署名(もしくは保護者の署名)

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
名 称：フルミスト点鼻液	点鼻	医療機関名：医療法人 おの小児科
メーカー名：第一三共株式会社	(各鼻腔0.1mL噴霧)	医 師 名： 小野 英一
製造番号：	0.2mL	接 種 日 時： 年 月 日

フルミスト点鼻液(インフルエンザワクチン)の接種について

お子様、保護者の方へ

フルミスト点鼻液を接種する前に必ずお読みください。

本ワクチンは**2歳～18歳までの方が接種を受けることができます。**

フルミスト点鼻液(経鼻弱毒性インフルエンザワクチン)の接種をするにあたり、お子様の健康状態を把握する必要があります。裏面の問診票にできるだけ詳しくご記入の上、医師の診察をお受けください。なお、お子様の健康状態をよく把握している保護者の方が必ずご記入ください。

＜フルミスト点鼻液の効果と副反応＞

本ワクチンはインフルエンザウイルスを弱毒化した生ワクチンです。**鼻に噴霧するワクチン**です。接種後に体内で増えたワクチンウイルスに対する免疫ができ、インフルエンザの感染を予防します。ただし、接種を受けた方がインフルエンザの感染を完全に防ぐことを保証するものではありません。

ごくまれにワクチンの接種に伴う副反応として、発疹・発赤・咽頭部痛・頭痛などがみられることがあります。重い副反応としてショック・アナフィラキシー(蕁麻疹・呼吸困難・血管浮腫など)や海外ではベル麻痺を含む脳神経障害、脳炎、けいれん(熱性けいれんを含む)、ギラン・バレー症候群(手足の脱力感・しびれ・食べ物が飲み込みにくい、呼吸苦)血管炎(発熱・頭痛・倦怠感・紫斑・紅斑など)等が報告されています。

※副反応による健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた方またはご家族が独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うことになります。
詳しくは独立行政法人 医薬品医療機器総合機構HPをご確認ください。(https://www.pmda.go.jp/)

＜予防接種を受けることができない方＞

- 1) 明らかに発熱している方(通常は37.5℃を超える場合)
- 2) 解熱後7日以上経過していない場合
- 3) 現在、喘息発作がでている場合
- 4) 重い急性期疾患に罹っている場合
- 5) 過去に本ワクチンに含まれている成分で、アナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のひどい蕁麻疹などを伴う重いアレルギー反応のこと)を起こしたことがある場合
- 6) 明らかに免疫機能に異常のある疾患をお持ちの方、免疫抑制をきたす治療を受けている場合
- 7) 経口または注射の副腎皮質ホルモンを使用している場合
- 8) 妊娠している事が明らかな場合
- 9) その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した場合

＜予防接種を受ける際に医師への相談が必要な方＞

- 1) ゼラチン含有製剤・ゼラチン含有食品に対してショック、アナフィラキシー(蕁麻疹・呼吸困難・血管性浮腫など)過敏症を起こしたことがある場合
- 2) 心臓血管系・腎臓・肝臓・血液・発育障害などの基礎疾患がある場合
- 3) 過去に予防接種で接種後2日以内に発熱、全身性の発疹などアレルギーを疑う症状があった場合
- 4) 過去にけいれん(ひきつけ)を起こしたことがある場合
- 5) 過去に免疫状態の異常を指摘されたことがある、または近親者に先天性免疫不全の方がいる場合
- 6) 重い喘息がある、または喘息の症状がある場合
- 7) 薬の服用または食事(鶏卵・鶏肉・その他鶏由来のもの)で発疹が出たり、体に異常が出たことがある場合
- 8) 妊娠中、妊娠の可能性がある方、授乳中の方
- 9) サルチル酸系医薬品(アスピリンなど)、ジクロフェナクナトリウム・メフェナム酸を服用している場合

＜接種後の注意点＞

- ・接種後は、ショック・アナフィラキシー(蕁麻疹・息苦しさ・血管性浮腫など)が起こることがありますので、医師とすぐ連絡が取れるようにしておきましょう。
- ・接種当日は過激な運動は避け、発熱などの体調の変化を感じた場合にはすぐに医師の診察を受けてください。
- ・妊娠が可能な方は、接種後2ヶ月間は妊娠しないように注意しましょう。
- ・接種後1～2週間は乳児や重度の免疫不全の方との接触を可能な限り控えましょう。