

フルミスト(経鼻インフルエンザ生ワクチン) 問診票

※太ワク内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけて下さい。

※普段の健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

			診察前の体温	度	分
(フリガナ)		男・女	生年月日	平成・令和	年 月 日
受ける人の氏名			年齢	(歳	か月)
保護者の氏名		続柄			
住 所			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の説明をすべて読み、理解しましたか	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか	ある（具体的な症状）	ない	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい（病名） 薬を飲んでいますか（いる・いない）	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか	はい（病名）	いいえ	
今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、糖尿病、神経疾患、免疫不全症、その他)にかかり医師の診察を受けていますか	はい（病名） その主治医に、今日の予防接種を受けて良いと言われましたか（はい・いいえ）	いいえ	
1か月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる（病名）	いない	
薬や食品(鶏卵、ゼラチンなど)で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	ある（薬または食品の名前） (いつ頃・症状)	ない	
最近4週間以内に予防接種を受けましたか	はい（予防接種名・日時）:	いいえ	
これまでに予防接種で具合が悪くなったことがありますか	ある（予防接種名・症状）	ない	
【気管支喘息と診断されている方に】 1年以内に喘息発作がありましたか	ある（いつごろ）:	ない	
【5歳未満の方に】 風邪の時などに強くゼイゼイ(喘鳴)したことがありますか	ある 具体的に:	ない	
今日の予防接種について質問がありますか	ある（具体的に）	ない	

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、補償制度などについて十分に理解した上で接種を希望します。 本人もしくは保護者署名 _____（代筆者の場合、続柄: _____）	

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日のフルミスト接種は（ 実施できる ・ 見合わせた方がよい ） 医師署名 _____

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
FluMist Quadrivalent (MedImmune) Lot No.	0.2ml 鼻腔内噴霧	実施場所 新潟市中央区神道寺1丁目5番47号 よいこの小児科さとう 医師名 佐藤 勇 接種年月日 令和 年 月 日

経鼻弱毒生インフルエンザワクチン(フルミスト点鼻液)の接種をご希望の方へ

経鼻弱毒生インフルエンザワクチン(フルミスト点鼻液)の接種を実施するにあたり、接種を受けられる方の健康状態を把握する必要があります。そのため、裏面の予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、お子さまの場合、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

ワクチンの効果と副反応

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。接種後に体の中で増えたワクチンウイルスに対する免疫ができ、インフルエンザウイルスの感染を予防します。一方、本ワクチンの接種に伴う副反応として、鼻閉・鼻漏、咳嗽、口腔咽頭痛、頭痛などがみられることがあります。また重い副反応としてショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など）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（手足に力がはいらない、しびれ、食べものが飲み込みにくい、呼吸が苦しいなど）、血管炎（発熱、頭痛、倦怠感、紫斑、紅斑など）などが報告されています。なお、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のホームページ（<https://www.pmda.go.jp/>）をご覧ください。

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) 重い急性疾患にかかっていることが明らかな方
- 3) 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じんましん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方
- 4) 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方
- 5) 経口または注射の副腎皮質ホルモン剤を使用している方
- 6) 妊娠していることが明らかな方
- 7) その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した方

予防接種を受ける際に医師と相談していただく方

- 1) ゼラチン含有製剤またはゼラチン含有の食品に対して、ショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など）などの過敏症を起こしたことがある方
- 2) 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患などの基礎疾患のある方
- 3) 過去に予防接種で接種後 2 日以内に発熱、全身性の発疹などのアレルギーを疑う症状がみられた方
- 4) 過去にけいれん（ひきつけ）を起こしたことがある方
- 5) 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方、または近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- 6) 重い喘息のある方または喘鳴の症状のある方
- 7) 菓の服用または食事（鶏卵、鶏肉その他鶏由来のもの）で発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある方
- 8) 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている方
- 9) 妊娠中または妊娠の可能性のある方（接種前 1 か月間避妊していない方）、授乳中の方
- 10) サリチル酸系医薬品（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方

予防接種を受けた後は以下の点に注意してください

- 1) 接種後は、ショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、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。
- 2) 接種当日は過激な運動は避けてください。また、健康状態に十分注意し、体調の変化、高熱などの異常な症状を呈した場合には、すぐに医師の診察を受けてください。なお、接種当日の入浴は差支えありません。
- 3) 妊娠が可能な方は、接種後 2 か月間は妊娠をしないように注意しましょう。
- 4) 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。

来院する直前に自宅で体温測定し、予診票にご記入ください
