

## 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	〒 -	診察前の 体温	
フリガナ		男・女	昭和・平成
接種者氏名			生年月日
保護者氏名		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書を読み、理解しましたか	はい・いいえ	
国内未承認ワクチンであり、補償制度が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 どんな症状 )	いいえ・はい	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか ( ) 歳ころ	いいえ・はい	
最近4週間以内に何か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 ( )		
4週間以内に予防接種を受けましたか ワクチン名 ( )	いいえ・はい	
生まれてから今までに特別な病気(先天性以上・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→これまで風邪のときなどに強くゼーゼー(喘息)した既往がありますか 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うえで同意し、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

医師名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

使用ワクチン名 FluMist Quadrivalent (Medimmune) Lot No.	接種量 0.2ml 鼻腔内噴霧	実施場所・医師名 実施場所 医師名 接種年月日	医療法人社団 湘南薫風会 大船こどもとおとなのクリニック  年 月 日
---	-----------------------	----------------------------------	--

フルミスト（経鼻弱毒化生インフルエンザワクチン）同意書

医療法人社団 湘南薫風会  
大船こどもとおとなのクリニック

氏名：\_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日      年齢： \_\_\_\_\_ 歳

（代筆者の場合）

保護者氏名： \_\_\_\_\_      （続柄： \_\_\_\_\_）

貴院のフルミストについての説明文書を全て読み、効果、副反応について、  
また副反応については、国内の医薬品副作用被害者救済制度を利用できないこ  
とを理解したうえで、接種を希望します。

記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

署名： \_\_\_\_\_

## インフルエンザワクチンを予約されている方へ

新型コロナウイルス感染対策と、みなさまに安心かつスムーズにワクチンを接種していただくため、以下のご協力をお願いいたします。

なお、気になる症状（咳、鼻水など）がある方は、接種前日までに受診して、ワクチン接種が可能かどうか確認を済ませておいてください。 接種当日に薬の処方はできません

### 来院前にお願ひしたいこと

- 来院前の体温測定（付き添いの方も）  
37.5℃以上ある時は接種できないため、予約日の変更をお願いします（受付へ連絡をください）  
発熱がある方や体調のすぐれない方の付き添いは、ご遠慮ください
- インフルエンザワクチンの予診票の記入→当日お持ちください
- 新型コロナウイルス感染症対策のための問診票の記入（この用紙）→当日お持ちください
- 母子手帳を必ずお持ちください
- 未成年の方は保護者の付き添いが必要です（付き添いは最少人数で）
- 付き添いの方も含め、3歳以上の方はマスク着用を（諸事情で難しい場合はお知らせください）

・・・・・・・・・・・・・・・・新型コロナウイルス感染症対策のための問診票・・・・・・・・・・・・・・・・

接種を受ける方のお名前： \_\_\_\_\_ 所属（園名・学校名）： \_\_\_\_\_

付き添いの方のお名前： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_

### 前日～接種当日の症状について

- 当てはまるものに✓をいれてください（本人）  症状なし
- 体温が37.5℃以上  のどがいたい  咳  鼻水  嘔吐  下痢
- 息苦しい  だるい  においがしない  味がしない  その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 症状はあるが、医師の許可がでている

付き添いの方に上記の症状がありますか？  なし  あり（ \_\_\_\_\_ ）

### 本人、同居家族の2週間以内の行動について

- |                                    |    |     |
|------------------------------------|----|-----|
| 新型コロナウイルスに感染した人と接触した可能性がありますか？     | ある | ない  |
| 職場や学校や保育園などで新型コロナウイルス感染症の発生がありますか？ | ある | ない  |
| 休園、休校、学級閉鎖などの期間中ですか？               | はい | いいえ |
| 新型コロナウイルスの濃厚接触者ですか？                | はい | いいえ |
| PCR検査や抗原検査を受けていますか？（職場などでの定期検査以外で） | はい | いいえ |

※「ある」「はい」の場合は、予約日の変更をお願いします（受付へ連絡をください）

記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 記入者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_