

## 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： \_\_\_\_\_

## 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 どのような症状 ）	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	

<p><b>本人（保護者）記入欄</b></p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">本人署名（もしくは保護者署名）</p>
--

### 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
---	-----------------------	----------------------------------	--

## 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。

### 【事前にご確認いただきたいこと】（詳細はホームページをご覧ください）

- 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。
- ワクチン接種時にお薬の処方できません

### 【来院後をお願いしたいこと】

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ません**→予約日の変更をお願いします

「インフルエンザワクチン予診票」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

お子様は、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を着用してください  
（諸事情で難しい場合はお知らせください）

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

・・・・・・・・・・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（学校・園・職場）： \_\_\_\_\_

付き添いの方のお名前： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_ 記入日： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### 前日～接種当日の体調について

ご本人の体調について当てはまるものに✓を入れてください

症状なし

症状はあるが医師の許可が出ている

体温が37.5℃以上    のどが痛い    せき    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（ \_\_\_\_\_ ）

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

### 現在の状況について

所属先が休校・救済・学級閉鎖・職場閉鎖となっていますか？    はい    いいえ

（自宅待機中の接種はご遠慮いただいております）

新型コロナウイルス感染症の陽性者・濃厚接触者ですか？    はい    いいえ

（健康観察期間が終了するまで接種はできません）

※「はい」がある場合は、予約日の変更をお願いいたします