

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	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日（ 歳）
接種者氏名				
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
---	-----------------------	----------------------------------	---

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。
- ☐ ワクチン接種時に診察・お薬の処方できません。
- ☐ 「インフルエンザワクチン予診票」の記入→事前に記入したうえで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)
→事前に記入したうえで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

【来院にあたってお願いしたいこと】

- ☐ 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
- ☐ 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お願いします)
- ☐ 付き添いの方も含め、院内ではマスク着用のご協力をお願いいたします
- ☐ 発熱がある方や体調のすぐれない方のお付き添いは、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
- ☐ 発熱(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()
- ☐ 次に当てはまりますか？ **※当てはまる場合は、予約日の変更をお願いいたします。**
新型コロナウイルス感染症に感染し(みなし陽性を含む)た方で、発症後(無症状の場合は陽性判定後)5日間を経過し、かつ、症状が軽快した後1日間を経過した日から2週間が経過していない。

●お付き添いの方の体調について当てはまるものに✓を入れてください

- ☐ 次に当てはまりますか？ **※当てはまる場合は、お付き添いをご遠慮ください。**
- ☐ 新型コロナウイルス感染症の陽性者(みなし陽性を含む)
- ☐ 新型コロナ陽性後10日以内に発熱・咽頭痛が継続している