

輸入経鼻噴霧式インフルエンザ生ワクチン(フルミスト) 接種問診票

住所		診察前の体温	℃
フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日
受ける人の氏名		男・女	(満年齢) 満 歳
保護者の氏名		電話番号	

輸入ワクチンを接種する場合は、厚労省未承認ワクチンであり、日本医薬品医療機器総合機構の補償の適応外であることを理解していますか？	はい	いいえ
今日は、体に具合の悪いところがありますか？ 具体的な症状 ()	はい	いいえ
最近、1ヶ月以内に病気にかかったりお薬を飲みましたか？ 病名 ()	はい	いいえ
1ヶ月以内に家族や友人に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか？ 病名 ()	はい	いいえ
4週間以内に予防接種を受けましたか？ 接種日 (月 日) 予防接種名 ()	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注射をうけましたか？	はい	いいえ
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか？ () 歳頃	はい	いいえ
その時、熱が出ましたか？	はい	いいえ
薬や食品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？ 薬・食品名 ()	はい	いいえ
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか？	はい	いいえ
免疫不全患者(抗がん剤治療を受けている人)と接触する機会がありますか？	はい	いいえ
卵アレルギー、重度のゼラチンアレルギー、ゲンタマイシンアレルギーがありますか？	はい	いいえ
接種者が5歳未満の場合、これまで風邪をひいた時にゼーゼーしたことがありますか？	はい	いいえ
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？	はい	いいえ
これまで予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか？ 予防接種名 ()	はい	いいえ
(12歳以上の女性の場合)		
現在、生理が遅れている、または妊娠の可能性がありますか？	はい	いいえ
授乳中ですか？	はい	いいえ
今日の予防接種について質問がありますか？	はい	いいえ

医師記入欄	問診および診察の結果、今日の予防接種は(実施できる ・ 見合わせた方がよい)と判断します	
	医師署名	
保護者(本人)記入欄	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予防接種を希望します	
	保護者(本人)署名	

ワクチン名/ロット	接種方法	接種量	実施場所・医師名
FluMist Quadrivalent (MedImmune) Lot No. HK2092 Exp. 19.JAN.2017	点鼻	0.2ml (各鼻 0.1ml)	札幌市豊平区平岸1条15丁目3番12号 医療法人たんぼぼ小児科 医師名 松原 央 接種年月日 平成 28 年 月 日

来春のインフルエンザ罹患の有無についてアンケートにご協力いただけますか？ はい ・ いいえ