

【経鼻】インフルエンザ予防接種 予診票

※ 太枠内をご記入ください

(ふりがな) 受ける人のお名前		男 ・ 女	生年 月日	昭・平・令 年 月 日 (歳)
電話番号	-	-		
住所	〒 - -			体温 度 (当日 院内で測定します)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 普段と違って具合の悪いところはありますか ()	はい	いいえ	
2. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか ()	はい	いいえ	
その病気について予防接種を受けても良いと言われましたか	はい	いいえ	
3. 今までに重度の喘息などの呼吸器疾患と診断されたことがありますか	はい	いいえ	
4. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全、その他)にかかったことはありますか ()	はい	いいえ	
その病気について予防接種を受けても良いと言われましたか	はい	いいえ	
5. 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	
6. 薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか 具体的に ()	はい	いいえ	
7. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	はい	いいえ	
8. 今までに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 具体的に ()	はい	いいえ	
9. 妊娠していますか(女性の方のみお答えください)	はい	いいえ	
10. その他、ご要望・ご質問・伝達事項などあればご記入ください			

以上の問診・診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)	医師サイン
--	-------

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・同意した上で、接種を希望しますか (希望します ・ 希望しません) ご本人(もしくは保護者)のサイン
※ 13歳~18歳のお子さんと当日保護者の方が同席できない場合は、上欄に保護者の方のサインが必要です

ワクチン名	接種量・部位	接種場所・医師名・接種日時
フルミスト® 点鼻液	点鼻 0.2mL噴霧 (各鼻腔内0.1mL噴霧)	東京都町田市旭町1-24-1 ままともプラザ町田2階 うみまちこどもクリニック Tel 042-724-0192 医師：大谷 岳人 年 月 日

【経鼻】インフルエンザワクチンを受けられる方へ

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による感染を予防したり、症状を軽くし、インフルエンザによる合併症や死亡を予防したりすることが期待されます。

ワクチン接種に伴う副反応として、鼻閉、鼻汁、口腔咽頭痛、咳嗽、頭痛などが起ることがあります。また、発熱、悪寒、倦怠感、嘔気・嘔吐、などもまれに起こります。強い卵アレルギー・ゼラチンアレルギーのある人は、強い副反応を生じる可能性があるため、必ず医師に申し出て下さい。非常にまれですが、次のような重大な副反応がみられることがあります。(1)ショック、アナフィラキシー (2)ベル麻痺を含む脳神経障害 (3)脳炎 (4)けいれん (5)ギラン・バレー症候群 (6)血管炎 (7)喘息発作。

副反応による健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人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。

次の方は予防接種を受けることができません

- ① 体温が 37.5℃以上の人
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ③ 免疫機能に異常のある疾患がある人及び、免疫抑制をきたす治療を受けている人
- ④ 経口または注射の副腎皮質ホルモン剤を使用している人
- ⑤ 妊娠中、または妊娠の可能性が高い人
- ⑥ 過去に本ワクチンに含まれている成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人
- 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人

次の方は接種前に医師にご相談ください

- ① 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
- ② 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
- ③ 風邪などのひきはじめと思われる人
- ④ 気管支喘息のある人
- ⑤ けいれんを起こしたことがある人
- ⑥ 予防接種を受けたとき、2日以内に発熱、発疹、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常がみられた人
- ⑦ 過去に本人や近親者で免疫の異常を指摘されたことのある人
- ⑧ 薬の投与または食事（鶏卵、鶏肉、ゼラチンなど）で発疹や異常をきたしたことがある人
- ⑨ サリチル酸系医薬品（アスピリン等）、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人

ワクチン接種後の注意

- ① 接種後 30 分間は急な副反応が起きることがあります。
様子を観察してすぐに医療機関にかかれるようにしておきましょう。
- ② 接種当日の激しい運動は避けましょう。入浴は差し支えありません。
- ③ 万一、高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかに医療機関を受診してください。
- ④ 接種後 1～2 週間は、乳児や重度の免疫不全がある人との接触は可能な限り控えて下さい。
- ⑤ 妊娠が可能な人は、接種後 2 か月間は妊娠をしないように注意しましょう。

接種予定日	医療機関名
月 日	〒194-0023 東京都町田市旭町 1-24-1 ままともプラザ町田 2 階 うみまちこどもクリニック Tel 042-724-0192 医師：大谷 岳人