

# 2023年経鼻インフルエンザ生ワクチン(フルミスト)接種予診票・同意書

以下、太枠線内を全てご記入ください。

接種日 年 月 日

接種回数	今シーズン( 1回目 ・ 2回目 )		電話番号	
フリガナ		性別	住所	〒 -
氏名		男・女		
保護者氏名 (高校生以下)				
生年月日	西暦 年 月 日			
年齢	歳 ヶ月	診察前の 体温	_____ °C	

体温も忘れずご記入ください

1. 本日の体調に不安はありますか ( ない ・ ある )  
具体的な症状( )

2. 一ヶ月以内に何か病気にかかりましたか ( いいえ ・ はい )  
具体的な症状( )

3. 一ヶ月以内に何かワクチンは接種しましたか ( いいえ ・ はい )  
接種日: 月 日 ワクチン名( )

### 4. 以下の項目すべてに はい または いいえ で回答してください

2歳以上、49歳以下である	はい	いいえ
妊娠中ではない。また、妊娠の可能性もない	はい	いいえ
アスピリン(バファリン、バイエルアスピリン、エキセドリン、ケロリン等)を服用していない	はい	いいえ
免疫不全ではない。また、免疫の低下している人と日常的な接触がない	はい	いいえ
卵アレルギーではない。また、過去にアナフィラキシーを起こしたことがない	はい	いいえ
本日、鼻水が出ていない	はい	いいえ
【気管支喘息と診断されている方へ】1年以内に喘息の発作がない	はい	いいえ
【5歳未満の方へ】今までに喘息になったことがない	はい	いいえ
【9歳未満の方へ】インフルエンザに罹ったことがある	※どちらも[いいえ]の場合 2回接種が必要となります	はい
【9歳未満の方へ】インフルエンザワクチンを接種したことがある		はい

### 5. 補償制度に関して

本フルミストは輸入ワクチンのため公的な補償制度が無く、万が一健康被害が生じた場合は輸入商社 Monzen Corporation)による補償のみ受けられる可能性があることを理解し、接種を希望します。

本人(もしくは保護者)  
御署名

※忘れずにご署名ください

中学生以下母子手帳必須 / 12歳以下:保護者同伴で接種可 / 13~15歳:保護者署名で接種可 / 16歳以上:自署で接種可

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 または記名押印	

ワクチン名・Batch No.	接種量	接種部位	接種施設名
フルミスト Batch No. ....	0.2ml	鼻腔内噴霧	