

(2歳～18歳まで)

経鼻弱毒生インフルエンザワクチン（フルミスト点鼻液）接種予診票

住所		体温	度 分			
(ふりがな)		男 女	生年	H.R	年 月 日	生まれ
氏名			月 日	(歳	か月)	
保護者の氏名		TEL	— —			

質問事項		回答欄		医師記入欄
1	今日受ける予防接種について説明書（「予防接種と子どもの健康」など）を読みましたか	いいえ	はい	
2	今日のインフルエンザワクチンは今シーズン1回目ですか？ （フルミスト点鼻液は1シーズン1回になります）	いいえ	はい	
3	今日、体調が悪いところがありますか	はい（ ）	いいえ	
4	最近1カ月以内に病気にかかりましたか	はい（ ）	いいえ	
5	1カ月以内に周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜにかかった方がいますか	はい（ ）	いいえ	
6	4週間以内に予防接種を受けましたか	はい（ 月 日） （ ）	いいえ	
7	今までに予防接種で具合が悪くなったことはありますか	はい（ ）	いいえ	
8	今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気）にかかり医師の診察を受けていますか はいの場合、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい （ ） はい	いいえ	
9	今までにけいれんをおこしたことがありますか	はい（いつ ）	いいえ	
10	薬や食べ物のアレルギーはありますか	はい（ ）	いいえ	
11	卵やゼラチンでアナフィラキシーを起こした事がありますか	はい	いいえ	
12	現在、川崎病や心臓病などでアスピリンの内服をしていますか	はい	いいえ	
13	（女性の方に）現在妊娠していますか （接種後2ヵ月は妊娠しないように中止してください）	はい	いいえ	
14	重度の喘息などの呼吸器疾患と診断されていますか	はい（ ）	いいえ	
15	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 本日の予防接種は（可能・見合わせる） 医師のサイン				

医師の診断・説明を受け予防接種の効果や目的、副反応の 本人（保護者）のサイン
可能性について理解した上で接種することに同意します

使用ワクチン名：フルミスト	点鼻 0.2ml（各鼻腔 0.1ml）	実施場所 春日市春日原東町 3-36 横山小児科医院
Lot No		医師名 横山隆人
		接種年月日