

## 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		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日（ 歳）
接種者氏名	男・女		
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（ ）	いいえ ・ はい	
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→今まで風邪のときなどに強く喘息のような症状があったこと既往がありますか 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 接種年月日	さいたま市見沼区東大宮 5-39-3 英和ビル 4 階 あすはゆりハビクリニック 青木朝子 年 月 日
---	-----------------------	----------------------	---

# 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

あすはゆりハビリクリニック

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、副反応について理解しました。  
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： \_\_\_\_\_