

# フルミスト(経鼻インフルエンザ生ワクチン) 問診票

※太ワク内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけて下さい。

※普段の健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

		診察前の体温	度 分
(フリガナ) 受ける人の氏名	男・女	生年月日 年齢	昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳 か月)
保護者の氏名	続柄		
住 所		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の説明をすべて読み、理解しましたか	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか	ある (具体的な症状)	ない	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい (病名) 薬を飲んでいますか (いる・いない)	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか	はい (病名)	いいえ	
今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、糖尿病、神経疾患、免疫不全症、その他)にかかり医師の診察を受けていますか	はい (病名) その主治医に、今日の予防接種を受けて良いと言われましたか (はい・いいえ)	いいえ	
1か月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる (病名)	いない	
薬や食品(鶏卵、ゼラチンなど)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	ある (薬または食品の名前) (いつ頃・症状)	ない	
最近4週間以内に予防接種を受けましたか	はい (予防接種名・日時):	いいえ	
これまでに予防接種で具合が悪くなったことがありますか	ある (予防接種名・症状)	ない	
【気管支喘息と診断されている方に】 1年以内に喘息発作がありましたか	ある (いつごろ):	ない	
【5歳未満の方に】 風邪の時などに強くゼイゼイ(喘鳴)したことがありますか	ある 具体的に:	ない	
今日の予防接種について質問がありますか	ある (具体的に)	ない	

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、補償制度などについて十分に理解した上で接種を希望します。 本人もしくは保護者署名 _____ (代筆者の場合、続柄: )

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日のフルミスト接種は ( 実施できる ・ 見合わせた方がよい ) 医師署名 \_\_\_\_\_

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
FluMist Quadrivalent (MedImmune) Lot No.	0.2ml 鼻腔内噴霧	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日