

## フルミスト(経鼻インフルエンザワクチン)問診表

(フリガナ) 接種する人の氏名		男・女	生年月日 年齢	H・R 年 月 日 ( 歳 か月)
保護者の氏名		続柄		体温 °C
住所				
電話番号				

質問事項	回答欄	いいえ	医師記入欄
フルミスト事前確認票をすべて読み、理解しましたか？	はい	いいえ	
本日、体調が悪いところがありますか？	ある (具体的な症状)	ない	
現在、なにかの病気で通院していますか？	はい (病名) 使っている薬：	いいえ	
最近1か月以内になにか病気にかかりましたか？	はい (病名)	いいえ	
最近1週間以内に発熱しましたか？	はい (発熱日、解熱日)	いいえ	
今まで特別な病気(心臓血管系、腎臓、肝臓、血液疾患、発育障害、糖尿病、神経疾患、免疫不全など)にかかり医師の診察を受けたことがありますか？	ある (病名) 主治医から接種の許可を得ていますか？ (はい、いいえ)	ない	
1か月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水ぼうそう、おたふくかぜ、インフルエンザにかかった人はいますか？	はい (病名) 具体的な状況：	いいえ	
これまで予防接種で具合が悪くなったことはありますか？	ある (ワクチン名、症状)	ない	
<input type="checkbox"/> 鶏卵またはゼラチンアレルギーはありますか？	ある	ない	
<input type="checkbox"/> 現在、気管支喘息の治療中ですか？	はい	いいえ	
<input type="checkbox"/> 過去1年以内に気管支喘息発作を起こしたことがありますか？	はい (具体的な時期)	いいえ	
<input type="checkbox"/> 川崎病などの診断でアスピリンを内服していますか？	はい (診断名)	いいえ	
<input type="checkbox"/> 免疫抑制薬(ステロイド剤を含む)を内服していますか？	はい (薬剤名)	いいえ	
<input type="checkbox"/> 妊娠中もしくは授乳中ですか？	はい	いいえ	

※  が1つでもある場合はフルミストを接種することはできません。

本人(保護者)記入欄
フルミスト事前確認票、問診表をしっかりと確認し、理解したうえで接種を希望します。 本人または保護者署名 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">_____ (代筆者の場合、続柄 _____)</div>