

フルミスト 4 価(経鼻インフルエンザ生ワクチン 0.2ml)

問診票 兼 同意書

ふりがな 接種を受ける方の氏名		性別	男 ・ 女
保護者の氏名 (被接種者が 18 歳未満の場合)		生年月日 年齢	年 月 日 ()歳()ヶ月
住所			
電話番号		診察前の体温	度 分

質問事項	回答欄
1) フルミスト 4 価についての説明書を読み、理解しましたか	はい ・ いいえ
2) 日本国内では流通していない、承認前のワクチンであることを理解しましたか	はい ・ いいえ
3) 本日、体調が悪いところがありますか	はい(具体的に) ・ いいえ
4) 現在、病気で医療機関にかかっていますか	はい(具体的に) ・ いいえ
5) 1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか	はい(具体的に) ・ いいえ
6) 1ヶ月以内に家族や周囲の人に麻疹・風疹・水痘・おたふく風邪にかかった人がいますか	はい(具体的に) ・ いいえ
7) 過去 1ヶ月以内に何か予防接種を受けましたか	はい(具体的に) ・ いいえ
8) これまでに予防接種を受けて、具合が悪くなったことはありますか	はい(具体的に) ・ いいえ
9) 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	はい(具体的に) ・ いいえ
10) アスピリンあるいはアスピリンを含む薬剤を服用していますか	はい ・ いいえ
11) 今までに次の病気にかかり、医師の診察を受けていますか (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)	はい(具体的に) ・ いいえ
12) (成人の方へ)→心臓・肝臓・腎疾患・糖尿病・喘息などの慢性疾患で治療中ですか	はい(具体的に) ・ いいえ
13.) (女性の方へ)→現在妊娠中、あるいは1ヶ月以内に妊娠の可能性がありますか	はい ・ いいえ
14.) (5 歳未満の場合)→これまで喘息歴(風邪の時などに息苦しそうにゼーハーすること)がありましたか	はい(具体的に) ・ いいえ
15) (喘息と診断されている場合)→過去 1 年以内に喘息の発作が出ていますか	はい(具体的に) ・ いいえ
16) ひきつけ(痙攣)を起こしたことがありますか	はい(具体的に) ・ いいえ
17) 本日の予防接種について何か質問がありますか	はい ・ いいえ

本人(または保護者)記入欄

医師の診察及び説明を受け、フルミスト 4 価の効果を理解いたしました。副反応や補償制度についても説明を受け、理解いたしました。この予防接種を希望し、同意致します。

本人(または保護者)署名

医師記入欄

診察と上記問診の結果を受け、本日の予防接種は： 可能 ・ 見合わせる 医師署名 柏木 玲一

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
FluMist Quadrivalent (Medimmune 社製造) ロット番号:	0.2ml、鼻腔内噴霧 (スプレータイプ)	実施場所 那珂キッズクリニック小児科 医師名 柏木 玲一 接種年月日 年 月 日