

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

太線内にご記入下さい。

H. 年 月 日

フリガナ 受ける人の氏名		男・女		保護者の氏名(被接種者が18歳未満の場合)		
生年月日	T・S・H	年	月	日	(歳 ヶ月)	
住所				電話番号		
				診察前の体温	度 分	
				体重	kg	
1. 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ていますか					はい	いいえ
2. 本日、体調が悪いところがありますか 具体的に症状を書いてください ()					はい	いいえ
3. 現在、病気で医療機関にかかっていますか 病名()					はい	いいえ
4. 1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか 具体的に症状を書いてください ()					はい	いいえ
5. 1ヶ月以内に家族や周囲の人に麻疹・風疹・おたふく風邪にかかった人がいますか 予防接種の名前()					はい	いいえ
6. 過去1ヶ月以内に何か予防接種を受けましたか 予防接種の名前()					はい	いいえ
7. 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 予防接種の名前()					はい	いいえ
8. 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 具体的に()					はい	いいえ
9. 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
10. 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) 具体的に()					はい	いいえ
11. (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	いいえ
12. (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
13. (5歳未満の場合)->これまで喘鳴歴(風邪の時などに息苦しうにゼーハーすること) がありましたか 具体的に()					はい	いいえ
14. (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	いいえ
15. ひきつけ(痙攣)を起こしたことがありますか 具体的に()					はい	いいえ
16. 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、同意いたします						
本人(または保護者)署名						

医師の記入欄

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

使用ワクチン名	FluMist Quadrivalent (MedImmune社製造 ロット番号)
摂取量	0.2ml,鼻腔内噴霧(スプレータイプ)
接種年月日	年 月 日