

経鼻弱毒生インフルエンザワクチン（フルミスト点鼻液）受付予診票

これは受付するかどうかの判断のための予診票です

おなまえ	現在の体温	℃
質問事項		回答
年齢（ 歳）は2歳以上、19歳未満ですか	いいえ	はい
同居者に、2歳未満、妊婦、重度の免疫抑制者の小児がいますか	はい	いいえ
点鼻接種でも大泣きする可能性がありますか（接種前から泣いていますと涙が鼻腔内に降りてきていて、霧状になったフルミストが鼻粘膜に接触せずに流される可能性があります）	はい	いいえ
心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患などの基礎疾患がありますか	はい	いいえ
発育のことで医師や保健師の指導を受けていますか	はい	いいえ
これまで公費自費共に予防接種を受ける際、急性疾患にかかった場合以外で、医師に予防接種を受けることが不相当と判断されたことがありますか	はい	いいえ
過去にけいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか	はい	いいえ
過去に（ワクチンと無関係であっても）ショック、アナフィラキシーなど過敏症を起こしたことがありますか	はい	いいえ
薬の服用または食事（ゼラチン、鶏卵、鶏肉など）で発疹がでたり、体に異常をきたしたことがありますか	はい	いいえ
免疫機能に異常があると診断されている、または、過去に免疫状態の異常を指摘されたことがありますか（無脾症 [機能的無脾症を含む] も含まれる）	はい	いいえ
人工内耳埋め込み術を受けたことはありますか、内耳の先天性形成不全、持続的な脳脊髄液の交通がある病態であると説明を受けたことはありますか	はい	いいえ
頭蓋顔面奇形があった場合、手術で修復されていますか	いいえ	はい
免疫抑制剤（シクロスポリン[サンディミュン、ネオーラル]、タクロリムス[プログラフ]、アザチオプリン[イムラン]等）や免疫調節薬（「生物学的製剤」と説明されているかもしれません）による治療を受けていますか	はい	いいえ
アスピリン等サリチル酸系医薬品、ジクロフェナクナトリウム、メフェナム酸のどれかを内服中ですか（ライ症候群やインフルエンザ脳炎・脳症の重症化との関連性を示す報告がある）	はい	いいえ
4週間以内に抗インフルエンザ薬を内服または吸入しましたか	はい	いいえ
経口または注射の副腎皮質ホルモン剤を使用しているか、長期大量投与を受け投与中止後6ヶ月以内ですか	はい	いいえ
副腎皮質ホルモン剤（ステロイド剤）を吸入または点鼻をしていますか	はい	いいえ
喘息発作を過去1年以内におこしましたか または、現在5歳未満であれば、今までに喘息がありましたか	はい	いいえ
妊娠中ですか 妊娠の可能性がありますか（接種前1ヶ月間避妊していない、接種後2ヶ月間妊娠しないようにできない） 授乳中ですか	はい	いいえ
現在、鼻水が出ていますか 鼻詰まりがありますか（ワクチンが鼻咽頭粘膜に到達しにくい）	はい	いいえ*
現在、重い急性疾患にかかっていますか	はい	いいえ
今日は体調がいつもと違うと感じますか	はい	いいえ
今は時間的余裕がなく、すぐに出かけなければならない状況ですか	はい	いいえ
本日の接種後、クラブ活動等、過激な運動の予定はありますか	はい	いいえ

*診察した時に点鼻ワクチンをお勧めしないことがあります。「いいえ」に丸をつけても中止となることがあることはご理解ください。

年 月 日 本人または保護者の署名：	代筆者の続柄：
--------------------	---------

ご協力ありがとうございました。全ての質問に答えが右側であれば、接種前の予診票に進んでいただきます。