

経鼻弱毒生インフルエンザワクチン（フルミスト点鼻液）の接種を実施するにあたり、接種を受けられる方の健康状態を把握する必要があります。そのため、裏面の予診票にできるだけ詳しくご記入の上、医師の診察をお受けください。

なお、お子さまの場合、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

ワクチンの効果と副反応

本ワクチンはインフルエンザウイルスを弱毒化した生ワクチンです。接種後に体の中で増えたワクチンウイルスに対する免疫ができ、インフルエンザウイルスの感染を予防します。

一方、本ワクチンの接種に伴う副反応として、鼻閉・鼻漏、咳嗽、口腔咽頭痛、頭痛などがみられることがあります。また重い副反応としてショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など）や、海外ではベル麻痺を含む脳神経障害、脳炎、けいれん（熱性けいれんを含む）、ギラン・バレー症候群（手足に力がはまらない、しびれ、食べものが飲み込みにくい、呼吸が苦しいなど）、血管炎（発熱、頭痛、倦怠感、紫斑、紅斑など）などが報告されています。

なお、副反応による健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた方または家族が独立行政法人 医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うことになります。

詳しくは独立行政法人 医薬品医療機器総合機構のホームページ（<https://www.pmda.go.jp/>）をご覧ください。

予防接種を受けることができない方

- 1) 明らかに発熱している方（通常は 37.5℃を超える場合）
- 2) 重い急性疾患にかかっていることが明らかな方
- 3) 過去に本ワクチンに含まれている成分で、アナフィラキシー（通常接種後 30 分以内に出現する呼吸困難や全身性のひどいじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと）を起こしたことがある方
- 4) 明らかに免疫機能に異常のある疾患をお持ちの方、免疫抑制をきたす治療を受けている方
- 5) 経口または注射の副腎皮質ホルモン剤を使用している方
- 6) 妊娠していることが明らかな方
- 7) その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した方

予防接種を受ける際に医師と相談していただく方

- 1) ゼラチン含有製剤またはゼラチン含有の食品に対して、ショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など）などの過敏症を起こしたことがある方
- 2) 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のある方
- 3) 過去に予防接種で接種後 2 日以内に発熱、全身性の発疹などのアレルギーを疑う症状がみられた方
- 4) 過去にけいれん（ひきつけ）を起こしたことがある方
- 5) 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方、または近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- 6) 重い喘息のある方または喘鳴の症状のある方
- 7) 薬の服用または食事（鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のもの）で発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある方
- 8) 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている方
- 9) 妊娠中または妊娠の可能性のある方（接種前 1 か月間避妊していない方）、授乳中の方
- 10) サリチル酸系医薬品（アスピリンなど）、シクロフェナクナトリウム、メフェナム酸を服用している方

予防接種を受けた後は以下の点に注意してください

- 1) 接種後は、ショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など）が起こることがありますので、医師とすぐ連絡が取れるようにしておきましょう。
- 2) 接種当日は過激な運動は避けてください。また、健康状態に十分注意し、体調の変化、高熱などの異常な症状を呈した場合には、すぐに医師の診察を受けてください。なお、接種当日の入浴は差支えありません。
- 3) 妊娠が可能な方は、接種後 2 か月間は妊娠をしないように注意しましょう。
- 4) 接種後 1～2 週間は乳児や重度の免疫不全の方との接触を可能な限り控えましょう。



※接種希望の方へ：太枠内にご記入ください。住所確認

診察前の体温

度 分

住民票のある住所		TEL() -	
(フリガナ) 受ける人の氏名	男 ・ 女	生 年 月 日	西暦 年 月 日生 (歳 か月) (小学・中学・高校 年相当)
(保護者の氏名)			

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン 1 回目ですか。※フルミストはシーズン1回の接種になります	いいえ () 回目	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に ()	ない	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療（投薬など）を受けていますか。 ・その病気の主治医には、 今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい 病名 () はい・いいえ はい・いいえ	いいえ	
最近1ヵ月以内に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、免疫不全症、その他の病気）にかかり、医師の診察を受けていますか。	はい 病名 ()	いいえ	
これまで重度の気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断されたことがありますか。	はい () 年 () 月頃 (現在治療中・治療していない)	いいえ	
今までにけいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。	ある () 回ぐらい 最後は () 年 () 月頃	ない	
薬や食品（ゼラチン、鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発しんやじんましんがでたり、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()	ない	
近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	はい 病名 ()	いいえ	
1ヵ月以内に、予防接種を受けましたか。	はい 予防接種名()	いいえ	
これまでに予防接種を受けて、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	
(女性の方に) 現在妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか。または授乳していますか。接種後約2ヵ月間は妊娠をしないように注意してください。	はい	いいえ	
(接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	ある 具体的に ()	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	いる ()	いない	
その他、健康状態のことで今日の予防接種について質問がありますか	ある ()	ない	

医師の記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（ **実施できる** ・ **見合わせる** ）と判断します。

本人（もしくは保護者）に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明しました。また接種対象者が2歳以上19歳未満であることを確認した。

医師の署名又は記名押印

本人・保護者記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。

（ **接種を希望します** ・ **接種を希望しません** ）

この予診票は、予防接種の安全性確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が自治体に提出されることに同意します。

※自署できない者は、保護者などが署名し、代筆者の氏名と続柄を記載 **本人（もしくは保護者の署名）** (代筆者の続柄)

使用ワクチン名	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日
名称：フルミスト点鼻液 メーカー：第一三共株式会社 Lot No.	点鼻 0.2ml (各鼻腔 0.1ml 噴霧)	実施場所：医療法人淳誠会おだかキッズクリニック 栃木県下野市薬師寺 2866-1 医師名： 接種年月日： 令和 年 月 日