【経鼻インフルエンザ生ワクチン（フルミスト）接種】
問診票・同意書

住　　所			診察前の体温：（　　℃）	
フリガナ 受ける人の氏名		男 ・ 女	生年月日 （年 齢）	平成　　年　　月　　日 （　　歳　　か月）
保護者の氏名 （高校生以下の場合）		電話番号	ー　　ー	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
フルミストについて書かれている説明書を読み、理解しましたか	はい	いいえ	
国内未承認ワクチンであり、補償制度は輸入元の救済補償制度しかないことについて理解しましたか	はい	いいえ	
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？ （薬・食品名：　　、いつ頃：　　、どんな症状：　　）	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか　　具体的な症状（　　）	はい	いいえ	
最近、1か月以内に病気にかかりましたか	はい	いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名（　　）	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか　　予防接種名（　　）	はい	いいえ	
生まれてから今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全、その他の病気）にかかり医師に診察を受けていますか　　病名（　　）	はい	いいえ	
成人の方の場合　→　心臓、肝臓、腎疾患や糖尿病、喘息などの慢性疾患で現在治療中ですか	はい	いいえ	
接種者が5歳未満の場合　→　これまで風邪の時などにぜーぜー（喘鳴）した既往がありますか	はい	いいえ	
喘息と診断されている場合　→　1年以内に喘息発作がありましたか	はい	いいえ	
成人女性の場合　→　現在妊娠中または1か月以内に妊娠する可能性はありますか	はい	いいえ	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか　　（　　）歳ごろ	はい	いいえ	
これまで予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか　　予防接種名（　　）	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

保護者（本人）記入欄

医師の診察・説明を受け、フルミストの効果や副反応、補償制度について十分に理解した上で同意し予防接種を希望します。

保護者署名（もしくは本人署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師記入欄

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は （可能 ・ 見合わせる）　　医師署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

使用ワクチン名	接種量	実施場所 ・ 医師名
FluMist Quadrivalent （MedImmune） Lot No.	0.2ml 鼻腔内噴霧	実施場所　東京都江戸川区一之江7-49-5　なかぞのクリニック 医師名　中園 宏紀 接種年月日　2023 年　　月　　日