

令和 7 年度 経鼻弱毒生インフルエンザ* 予防接種予診票（フルミスト点鼻液 Ver.）

* 接種希望の方へ：太枠内にご記入下さい。

当日の体温を記入してお持ちください

(鉛筆書き不可)		体 温		度		分	
住 所	〒	TEL () —					
ふりがな		男	西暦・大正・昭和・平成・令和				
氏 名		・	年 月 日				
(保護者氏名)		女	(満 歳 ヶ月)				

質問事項	回答欄		医師欄
今日受ける予防接種について説明文書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 注：経鼻弱毒生ワクチン(フルミスト点鼻液)はシーズン 1 回投与になります。	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)	いいえ	
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 か月以内に病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
これまでに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、発育障害、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。	はい (病名)	いいえ	
これまでに重度の喘息など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	
これまでにけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか	はい (回くらい) (最後は 年 月頃)	いいえ	
これまでに薬や食べ物(鶏肉や鶏卵など)で皮膚に発しんや体の具合が悪くなったことがありますか	はい (薬、食品名)	いいえ	
近親者の中に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	はい (予防接種名)	いいえ	
近親者の中で先天性免疫不全症と診断された方はいますか。	はい	いいえ	
最近 1 ヶ月以内に家族や周辺で麻疹、風疹、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい (病名)	いいえ	
最近 1 か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はありますか。	はい(予防接種名) (症状)	いいえ	
(予防接種を受けられる方がお子様の場合)分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい (具体的に)	いいえ	
(女性の方に)現在妊娠を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。注：接種後 2 か月間は妊娠をしないように注意して下さい。	はい	いいえ	
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問がありますか。	はい (具体的に)	いいえ	
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応について理解した上で、接種を希望しますか	はい ・ いいえ 本人又は保護者のサイン _____		

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(可能 ・ 見合わせる)
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済についても説明した。
また、本剤の接種対象者が 2 歳以上 19 歳未満であることを確認した。

使用ワクチン名 / 用法・用量		実施場所・医師名・接種日時	
名称：フルミスト点鼻液 メーカー名：(株)第一三共 製造番号：	✓ 点鼻 (各鼻腔 0.1mL 噴霧) 合計 0.2mL	実施場所：神戸西区春日台 3-3-22 高瀬クリニック 医師名：高瀬 信尚 接種日時：令和 7 年 ____ 月 ____ 日	

問診票

●点鼻ワクチン(フルミスト点鼻液)を接種される方へ●

接種を希望される方は、☐にすべて✓をお願いします。

●とても大切な確認事項

- ☐ 1年以内に気管支喘息の発作を起こしていません。
- ☐ 接種後1週間以内に、鼻閉・鼻汁などの鼻症状(40～50%) 発熱(10%) 咽頭(5～10%) 頭痛(3～9%)が起こる可能性があります(1週間程度で治まります)。
- ☐ アトピー性皮膚炎に対する生物学的製剤を内服していません。

(↓女性の方のみ↓)

- ☐ 妊娠の可能性はありません。
- ☐ 授乳中ではありません。

●接種されるご家族について

- ☐ 授乳中の子供はいません。

●途中で接種を断念した場合の費用負担について

- ☐ 泣いて暴れるなど、途中で接種を断念した場合も費用はお支払いいただきます。
- ☐ 途中で接種を断念した場合は神戸市の助成は適応されません(8,000円の負担)。

※ 従来の注射では接種断念時の費用は頂きません。

●その他のお伝えしたいこと

- ☐ フルミストの接種前後(接種前48時間～接種後2週間)では抗インフルエンザ薬の使用を控えていただく必要があります(ワクチンの効果を減弱させます)。
- ☐ 接種後2週間はインフルエンザの迅速検査で陽性になる可能性があります(弱毒化されており、病気を起こす力はほとんどありません)。
- ☐ ワクチン接種後1時間を経過すれば、入浴は差し支えありません。
- ☐ ワクチン接種当日は、水泳・マラソン等の激しい運動は避けてください。

以上確認しました。

ご家族もしくは接種者署名 ☐ 接種者本人 ☐ ご家族

令和 7 年 月 日 _____

高瀬クリニック

(スタッフ使用欄 ☐ すべて✓あり)