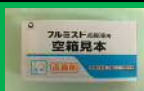


第一三共 フルミスト 点鼻液(各鼻腔に0.1ml、計0.2ml噴霧)

フルミスト点鼻液（インフルエンザ）予防接種予診票（2歳～18歳）

接種希望の方は接種当日に太ワク内をご記入下さい。

小さなお子様の場合、保護者の方より「注射はしないけどお鼻にお薬を入れるので少しびっくりするけど絶対に泣いたり、暴れたりしないように一緒に頑張ろうね」と薬剤効果を得るため説明と同意を得て下さい

				受付
郵便番号・住所		〒		
ふりがな	男	年 月 日生	度 分	
受ける人の氏名	女	(満 歳)		
(保護者の氏名)				
質問事項(当てはまる項目を○で囲んで下さい)		受付	回答欄	医師
この予診票はフルミスト点鼻液(インフルエンザ)2歳～18歳の方用の用紙です。ご希望のワクチンはフルミスト点鼻液で、 ご年齢は2歳～19歳未満 の方ですか？			いいえ 2歳～18歳以外の方は接種できません	はい
裏面の予防接種についての説明文を読み同意した上で接種を希望しますか？			いいえ	はい
本日フルミスト点鼻液や他の予防接種と同時接種を希望しますか？			はい	いいえ
同時接種を希望する種類は何のワクチンですか？ ワクチン名()			通常診療時間での接種になります	土日で接種
今日受けるフルミスト点鼻液予防接種は今シーズン初めてですか？ ※フルミストは1シーズン1回投与となります。(通常の注射のインフルエンザは追加接種でき、併用することでより強固な免疫を獲得できますので受験生にお勧めです)			いいえ 接種できません	はい
保護者の方より、鼻から薬剤を入れびっくりすることをお子様に説明頂き同意を得ていますか？			いいえ⇒再度同意を得てください	はい
今日、体に具合の悪い所はありますか？具体的に()			はい	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)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いいと言われましたか？			はい(病名) はい ※お薬手帳が必要です はい ・ いいえ	いいえ
最近1ヶ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・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
今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
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？			はい(回くらい) (最後は 年 月頃)	いいえ
薬や食品(ゼラチン・鶏卵・鶏肉等)で皮膚に発疹が出たり、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
1ヶ月以内に家族や周囲で、麻疹・風疹・水痘・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ヶ月以内に予防接種を受けましたか？			はい	いいえ
妊娠をしている可能性はありますか？また授乳をしていますか？ ※現在妊娠をしていなくても接種後2か月間は妊娠しないように注意してください			はい 妊婦・授乳婦様は接種できません	いいえ
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・見合わせた方がよい)と判断します。 本人又は保護者に対して、予防接種の効果、副反応について、説明をしました。				
医師署名又は記名押印				
私はこの予診票の裏面記載の注意点を読み、予防接種の効果・副反応等について理解した上で、接種を希望します。 署名(未成年の方は保護者の方がご署名下さい)				受付
年 月 日		(続柄)		
※自書が出来ない方は、介護者又は保護者が署名し、接種者との関係(続柄)もご記載ください。 ※16歳未満の方は保護者の同伴が当院でのワクチン接種では必要です。				
ロットシール 		接種時に患者さんに名前を言ってもらうこと！ フルミスト 点鼻液用 「お子様のお名前は？」と質問		
各鼻腔0.1ml 計0.2ml 噴霧		実施場所・医師名・実施年月日(受付で日付スタンプを押す) 実施場所 医療法人社団げんき会あゆみクリニック 医師名 院長 藤川 万規子 実施年月日 日付スタンプ		

経鼻弱毒生インフルエンザワクチン(フルミスト点鼻液)の接種をご希望の方へ

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。

ごくまれにワクチンの接種に伴う副反応として、発疹、発赤、鼻閉、咽頭部痛、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、海外では脳麻痺をきたす脳炎が報告され、脳炎、けいれん(熱性けいれんを含む)、ギラン・バレー症候群(手足に力がいらない、しびれ、歩行困難等)の報告があります。重大な副反応が生じた場合には、健康被害救済制度を受けた方は、健康被害救済制度が設ける行政法、医薬品副作用被害救済制度の対象となる場合があります。

詳しくは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) 重い病気にかかっている方(通常は体温37.5℃未満とされる場合)
- 2) 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じんましんなどの即時型アレルギー反応のこと)を起こしたことがある方
- 3) どちらにしようかは不明だがショック(血圧が低下する)の症状がでた方
- 4) 何かしら免疫機能に異常のある疾患をお持ちの方、免疫抑制をする治療を受けている方
- 5) 妊娠していることが分かっている方
- 6) その他、お医者さんが予防接種を受けることが不適當と判断した方
- 7) 鼻から噴霧投与の同意を得られてない方 鼻から薬剤を噴霧いたしますので痛くはありませんが小さいお子様は時より驚いて大きく泣いたり、暴れたりして薬剤の噴霧が十分に出来ず薬剤効果が低下いたしますので、お子様へ事前にワクチンの鼻への噴霧投与の説明と同意を得ていないと接種できません。

<予防接種を受ける際に医師と相談していただく方>

- 1) サルチラミン含有製剤またはサルチラミン有の食品に対して、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)を含む過敏症を起こしたことがある方
- 2) 心臓病、腎臓病、脳脊髄炎、肝疾患、血管性浮腫、血液疾患などの健康疾患のある方
- 3) 過去に予防接種で接種後2日以内に発疹、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) 過去に先天性の異常や先天性の異常で接種を控えている方、または近親者に先天性免疫不全の方がいる方
- 6) 薬の使用または食物(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
- 7) 妊娠されている方、保健師の指導を受けている方
- 8) 妊娠希望の方で最近の排卵のものか(月経が1か月前後計算していない方)、授乳中の方
- 9) サルチラミンを服用している方(アスピリンなど)、ジクロフェナクトリウム、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30分間はショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など)を起こすことがありますので、医師とすぐに連絡が取れるようにしておきましょう。
- 2) 接種後は、体温計を用い発赤や腫れなどがないか確認しましょう。注射の跡に半日くらい痛み、体調の低下、高熱などの異常を特定した場合には、すぐに医師の診察を受けてください。接種当日の入浴は差し支えありません。
- 3) 激しい運動や大量の飲酒は避けてください。
- 4) 接種後1~2週間は通常以上の免疫不全のようなものに触れないようにしましょう。
- 5) 小さなお子様にとって予防接種は、大冒険です。無事にご自宅帰宅したら保護者の方が、お子様に対して、抱きしめるなど十分な愛情表現をして「よく頑張ったね」と褒めて差し上げて頂く事をお勧めいたします。