フルミスト専用予診票 (2歳以上6歳未満) 幼児用

行政措置予防接種(インフルエンザ[満1歳以上6歳未満])予診票

注意事項

- この予診票は、予防接種を受ける前に非常に大切なものですから、必ず下記の項目について、もれなく正しく記入してください。
- 記入はペン又はボールペンで、下記の表のあてはまるところに記入するか、○で囲んでください。
- まちがった記入のため事故が起こることもありますから、わからないことは医師に聞いて必ず正しく書いてください。

住 所 岡山市 区		診 察 前 の 体 温		度 分	
電 話 番 号		() -			
受ける人の氏名	男・女	生年月日	令和 年 月 日生		
保護者氏名			(満 歳 か月)		

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種は、今年、何回目ですか	1回目	2回目	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	は い	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか 病名 ()	は い	いいえ	
その場合、治療(投薬など)を受けていますか	は い	いいえ	
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	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	は い	いいえ	
1か月以内に家族や友人に麻疹、風しん、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 予防接種の種類 ()	は い	いいえ	
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、気管支喘息、発育障害、その他の病気)にかかり、医師の診察をうけていますか 病名 ()	は い	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	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。()歳頃	は い	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	は い	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	は い	いいえ	
近親者に免疫不全と診断された方がいますか	は い	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。 予防接種の種類 ()	あ る	な い	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	は い	いいえ	
(フルミストを受ける場合)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りますか	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	
医師記入欄	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。 保護者に対して、予防接種の結果、副反応及び予防接種健康被害救済制度などについて説明しました。 医師署名又は記名押印 []		

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
 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、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(同意します・同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。
 また、この予防接種は、保護者の希望により接種するもので、予防接種法に定められているものではありません。
 万が一、接種による健康被害が生じた場合、岡山市による補償がありますが、補償内容は予防接種法に基づくものとは異なります。

保護者自署 []

使用ワクチン名	接 種 量	実 施 場 所 ・ 医 師 名 ・ 接 種 年 月 日	
ワクチン名 Lot No	点鼻 (各鼻腔0.1 ml噴霧)	実施場所	岡山市北区西古松1丁目12番28号 医療法人社団 実りの森 医師名 おおのあかちゃんこどもクリニック 理事長 大野直幹
(注)有効期限がきれていないか確認	0.2 ml	接種年月日	令和 年 月 日

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。

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(手足に力がはいらぬ、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のある方
- 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)、ジ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。

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日 () です。 当日は受付に 時 分頃 おこしください。	