

フルミストー経鼻弱毒生インフルエンザワクチン接種 予診票・同意書

本日の体温（ 度） 平熱（ 度）

ワクチン接種ができない人

- 2歳未満、19歳以上の方
- 卵白やその他のワクチン成分に対して重度のアレルギーやアナフィラキシーの既往がある方
- アスピリン服用中の方
- 免疫を低下させる疾患やステロイド・免疫抑制剤の内服により免疫が著しく低下している方、または免疫力が著しく低下している人と同居している方
- 明らかな熱（平熱より1度以上の上昇）がある方
- 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
- 妊娠していることが明らかな方
- 重度の喘息を持っている方

☐ 以上の全てに該当しません

フルミストの副反応

- ワクチン接種後にくしゃみが出たり、喉に垂れたりすることがあります（飲み込んでも特に問題ありません）。
- 30～40%の人で接種後3日～7日までに鼻汁・鼻閉・咽頭痛・咳などの感冒症状が、数%の人で発熱が出る場合があります。
- まれではありますが発疹、じんましの他にアナフィラキシーショックやギランバレー症候群のような重い副反応を起こす可能性は、他のワクチン同様否定できません。

☐ ワクチンの副反応について全て了承しました

フルミストの注意点

- 接種当日は過激な運動は避け、また、接種後の健康監視に留意し、体調の変化、さらに高熱等の異常な症状を呈した場合には、速やかに医師の診察を受けること。
- 飛沫又は接触によりワクチンウイルスによる感染の可能性があるため、ワクチン接種後1～2週間は、重度の免疫不全者との密な接触は避けること。

☐ ワクチンの注意点について全て了承しました

以上の内容について了承し、本日ワクチン接種します。 接種日 20 年 月 日

接種を受ける方 当院 ID（ ） 署 名

接種を受ける方が未成年者の場合 保護者署名

ワクチン名：三共製薬 フルミスト 実施機関 勝どきみなみクリニック耳鼻咽喉科
Lot No. 医師名 南 慎一