

フルミスト問診票

住所 〒		体温 度 分	
フリガナ	男	TEL () -	
氏名	女	生年	昭和 年 月 日
保護者氏名		月日	平成 (歳 ヲ月)

当院のフルミストの説明書を読み、効果や副作用などについて理解しましたか	はい いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか 病気、具合の悪い箇所 ()	はい いいえ	
最近1カ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか	はい いいえ	
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	
本日は鼻炎で鼻がつまっていますか	はい いいえ	
① 鼻閉の方は鼻処置の後フルミスト噴霧を希望されますか	はい いいえ	
これまでフルミストを接種されたことはありますか 前回受けたのは (年 月頃)	はい いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか 前回うけたのは (年 月頃)	はい いいえ	
① その際に具合が悪くなったことがありますか	はい いいえ	
これまでに、けいれんや失神など起こったことがありますか	はい いいえ	
4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	はい いいえ	
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか	はい いいえ	
5歳未満の方にお聞きします。これまで喘鳴(ぜーぜー)がありましたか	はい いいえ	
この1年間で喘息発作をおこしたことはありますか	はい いいえ	
重度の卵アレルギーがありますか	はい いいえ	
ゼラチンアレルギー、ゲンタマイシンアレルギーはありますか	はい いいえ	
女性の方にお聞きします。		
① 現在妊娠していますか	はい いいえ	
② 生後間もない乳児の世話はされていますか	はい いいえ	
現在何らかの免疫療法を受けていますか	はい いいえ	
アスピリンの内服はされていますか	はい いいえ	
心臓や肺の病気、喘息、肝臓や腎臓の病気、糖尿病、貧血のどの慢性的な病気をもっていますか	はい いいえ	
抗がん剤治療など免疫療法をしている方や重度の免疫不全の方を看病していますか	はい いいえ	
お子さんが接種者の場合にお聞きします。診察で号泣しますか	はい いいえ	
フルミストは日本未認可のワクチンであり、通常のワクチンの補償制度は受けられません。何か起きた場合、輸入業者である「MONZEN」の補償制度を利用しますが、裁判が必要になります。重大な副作用が起こった場合でも、何の補償も受けられないと考えてください。それでも接種を希望されますか	はい いいえ	

フルミスト接種について十分説明を受け、理解したうえで接種することに(同意します ・ 同意しません)。

接種者氏名 (未成年者の場合は保護者氏名)

接種可能 不可能

医師名

(接種場所)ほがらか☆クリニック 山田勝彦
(接種日時)平成 年 月 日

Lot.