点鼻インフルワクチン(フルミスト)予診票

※小平市在住の13歳以上または小平市以外の方の予診票になります

予防接種費用： 8500円 (税込)

※来院前の体温を含め太枠内を記入し、ご持参願います。

※保護者の方が同伴されない場合は接種できません。

診察前の体温：　　度　　分

住所				TEL
フリガナ		男・女	生年月日	平成・令和 年　月　日生
受ける人の氏名				
保護者の氏名				(　歳　か月)

質問事項	回答欄	
今日受ける予防接種について説明文を読んで理解しましたか。	いいえ	はい
今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある（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。	はい（病名）	いいえ
最近１か月以内に喘息発作や他の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・腎臓・肝臓・血液疾患など）にかかり、医師の診察を受けていますか。	はい（病名）	いいえ
現在、アスピリンや免疫抑制剤は飲んでいませんか。	いいえ(内服中の薬)	はい
同居している方で免疫の病気の方はいませんか。	いいえ（病名）	はい
薬や食品（鶏卵など）でアレルギー症状がでたことがありますか。	はい（薬または食品名の名前）	いいえ
これまで予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	はい　　予防接種名・症状	いいえ

予防接種の効果や副反応などに理解した上で、接種を希望します。

保護者（または本人）の署名：

名称　：　フルミスト点鼻液 メーカー名：　第一三共株式会社	実施場所：　東京都小平市鈴木町2-865-97　はなこキッズクリニック 実施医師：　吉田　知広
製造番号	接種年月日:　令和

経鼻弱毒生インフルエンザワクチン（フルミスト）の接種について

【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（手足に力が入らない、しびれ、食べ物 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

【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
4）重い喘息のある方または喘鳴の症状のある方
5）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
6）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）接種当日は過激な運動は避けてください。接種当日の入浴は差支えありません。
2）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。