

# 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン

任意接種用

## (フルミスト点鼻液)予防接種 予診票

診察前の体温 度 分

\*接種希望の方は、太枠内をご記入ください

住所		TEL	
フリガナ		( )	—
予防接種を受ける人の氏名	男 ・ 女	生年月日	年 月 日生
(保護者の氏名)		( 歳	ヵ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられ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
2. 今日受けられるインフルエンザの予防接種は、今シーズン1回目ですか 注: 経鼻弱毒生ワクチン(フルミスト点鼻液)はシーズン1回投与になります	いいえ( 回目)		はい
3. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	はい(具体的に )		いいえ
4. 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(投薬など)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もよいと言われましたか	はい(具体的に ) はい いいえ はい いいえ		いいえ
5. 最近1ヵ月以内に何か病気にかかりましたか	はい(具体的に )		いいえ
6. これまでに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、発育障害、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	はい (病名 )		いいえ
7. これ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
8. これまでにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	ある( 回くらい) (最後は 年 月頃)		いいえ
9. これまでに薬や食品(ゼラチン、鶏卵、鶏肉など)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( 年 月頃) (薬、食品名 )		いいえ
10. 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
11. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい		いいえ
12. 最近1ヵ月以内に近親者や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方はいますか	はい		いいえ
13. 最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか	はい(予防接種名 ) (接種日 月 日)		いいえ
14. これまで予防接種の際に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
15. 【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】 分娩時・出生時・乳幼児健診などで異常がありましたか	はい(具体的に )		いいえ
16. 【女性の方に】現在、妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか また授乳していますか 注: 接種後約2か月間は妊娠しないように注意してください	はい		いいえ
17. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問があれば具体的に記入ください			

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( 可能 ・ 見合わせる )  
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明した。  
また、本剤の接種対象者が2歳以上19歳未満であることを確認した。

医師の署名又は記名押印 \_\_\_\_\_

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性などについて理解した上で、接種することを( 希望します ・ 希望しません )	本人の署名(もしくは保護者の署名)
---	-------------------

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
名称: フルミスト点鼻液 メーカー名: 第一三共株式会社 製造番号:	点鼻 (各鼻腔 0.1ml 噴霧)  0.2mL	実施場所: あたごどもクリニック 医師名: 吉川 秀人 接種日時: 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よく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。ワクチン接種を受けられる方が子どもさんの場合には、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(蕁麻疹、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、健康被害を受けた人又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、救済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人】

1. 明らかに発熱のある人(37.5℃以上の人)
2. 重い急性疾患にかかっていることが明らかな人
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、全身性の蕁麻疹などを伴う重いアレルギー反応)を起こしたことがある人
4. 明らかに免疫機能に異常のある疾患をお持ちの人、免疫抑制をきたす治療を受けている人
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人
6. 妊娠していることが明らかな人
7. その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した人

### 【予防接種を受ける際に医師とよく相談していただく人】

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(蕁麻疹、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人
2. 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの基礎疾患のある人
3. 過去に予防接種後 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人
4. 過去にけいれん(ひきつけ)を起こしたことがある人
5. 過去に免疫状態の異常を指摘されたことがある人、または近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
6. 重い喘息のある人または喘鳴の症状のある人
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がある人
8. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
9. 妊娠中または妊娠の可能性のある人(接種前 1 ヶ月間避妊していない人)、授乳中の人
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人

### 【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(蕁麻疹、呼吸困難、血管性浮腫など)が起きることがありますので、医師とすぐ連絡をと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. 妊娠が可能な人は、接種後 2 か月間は妊娠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人との接触を可能な限り控えましょう。