

経鼻インフルエンザワクチン：フルミスト（FluMist®）予防接種 予診票



住所	〒 島根県松江市		診察前の体温	度	分
ふりがな		男・女	生年月日 (満年齢)	平成・令和	年 月 日 生
受ける人の氏名				(満 歳 か月)	
保護者の氏名		電話番号	-	-	

下記の質問事項をていねいに読んで黒のボールペンでお書きください（〇で囲む、または具体的に記入してください）

質問事項		回答欄		医師記入欄
1	予防接種についての説明を読み、効果や副反応について理解しましたか？	はい	いいえ	
2	輸入ワクチンのため、本ワクチンの副反応のため健康被害が生じて、PMDA(独立行政法人医薬品医療機器総合機構)による金銭的補償救済の対象となりませんがよろしいですか？ (副作用に対する治療に対しては、通常通りに保険診療をうけることができます)	はい	いいえ	
3	今日、体に具合の悪いところがありますか？ 具体的な症状（ ）	はい	いいえ	
4	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	
5	この1年以内に喘息発作を起こしたことがありますか？ (4歳以下の人の場合) 喘息・小児喘息・喘息性気管支炎の診断を受けたことがありますか？	はい	いいえ	
6	1か月以内に家族や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいきましたか？ 病名（ ）	はい	いいえ	
7	4週間以内に予防接種を受けましたか？ 接種日（ / ） 予防接種の種類（ ）	はい	いいえ	
8	6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか？	はい	いいえ	
9	生まれてから今までに、先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他病気にかかり、医師の診察を受けていますか？ 病名（ ）	はい	いいえ	
10	現在、アスピリンを内服中ですか？	はい	いいえ	
11	ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか？（ ）歳ごろ そのとき熱が出ましたか？	はい	いいえ	
12	薬や食品で皮ふに発疹やしんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか？ 薬・食品名（ ）	はい	いいえ	
13	卵を食べて、アナフィラキシーを起こしたことがありますか？	はい	いいえ	
14	これまで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（ ） 症状（ ）	はい	いいえ	
15	近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか？	はい	いいえ	
16	(12歳以上の女性の場合) 現在、生理が遅れている、または妊娠の可能性がありますか？	はい	いいえ	
17	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	問診および診察の結果、今日の予防接種は（実施できる・見合わせたほうがよい）と判断します。	
	医師署名または記名押印	

保護者記入欄	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで予防接種を希望します。	
	本人または保護者署名	

ワクチン名	メーカー/ロット	接種量	実施場所：島根県松江市上乃木4丁目10-27 くれこどもクリニック
フルミスト		点鼻 0.2ml	医師名： 呉 彰
			接種年月日：



経鼻インフルエンザワクチンの接種について

患者さん、ならびにその保護者の方に

フルミスト予防接種を接種する前に必ずお読みください。よくお読みになり、質問がある場合、またはもっと詳しく聞きたい場合には、病院の医師にご相談ください。

フルミストとは？

フルミストは、インフルエンザを予防するために鼻に噴霧するワクチンです。2歳から49歳の人を受けることができます。ただし、受けた人がインフルエンザを完全に防ぐことはできません。

接種出来ない人

- ・卵、ゲンタマイシン、ゼラチン、アルギニンに重度のアレルギーがある人
 - ・過去に通常のインフルエンザワクチンでアナフィラキシーショックを来したことがある人
 - ・2歳から17歳の人の中で、アスピリン治療を受けている人
- 上記項目があてはまるかどうか分からない場合は、治療を受けている病院に相談してください。
- 2歳未満のお子さんは、フルミスト接種のあと、喘鳴(呼吸困難)のリスクが高くなるため接種することはできません。

接種しない方がよい人

- ・現在喘息発作がでている人
- ・5歳未満で、喘息発作を起こしたことがある人
- ・ギランバレー症候群の既往のある人
- ・免疫抑制状態にある人、または免疫抑制状態にある人と一緒に生活している人
- ・心臓・肺・腎臓に問題がある人
- ・糖尿病の人
- ・妊娠中または授乳中の人
- ・抗インフルエンザ薬を内服中の人

もしフルミストが接種出来ない人でも、通常のワクチンは接種することができる場合があります。これについては医師に相談してください。

フルミストの接種方法

- ・フルミストは液体で、鼻に霧状に噴霧します。
- ・フルミストの噴霧中も、普通に呼吸をしてください。吸い込む必要はありません。
- ・9歳以上の方は毎年1回のフルミスト接種が必要です。
- ・2歳から8歳のこどもは、以前にインフルエンザ予防接種を受けたことがない場合は、2回のフルミスト接種が必要になることがあります。2回目の接種が必要かどうかについては医師と相談の上決めてください。

起こりうる副作用

よくある副作用

- ・鼻汁または鼻閉
- ・咽頭痛
- ・発熱

その他起こることがある副作用は次の通りです

- ・食欲低下
- ・いらだち
- ・倦怠感
- ・咳
- ・頭痛
- ・筋肉痛
- ・寒気

もし接種後以下のような症状が出始めたら、すぐに救急外来に受診してください。

- じんましん、発疹
- 呼吸困難
- 顔、舌、のどの腫れ

これらが副作用のすべてではないかもしれません。副作用については医師に相談してください。新たな副作用は、VAERS (<http://vaers.hhs.gov>)に報告することができます。

フルミストの成分

有効成分：弱毒化された4つのインフルエンザウイルス株(A型2種、B型2種)

添加成分：グルタミン酸ナトリウム、ゼラチン、アルギニン、ショ糖、リン酸2カリウム、リン酸1カリウム、ゲンタマイシン

フルミストには防腐剤は含まれていません。

フルミストの保存方法

フルミストは2℃～8℃に冷蔵庫で保管されます。

詳細については、医師に問い合わせるか、www.FluMist.comにアクセスするか、1-877-633-4411に電話してください。

Flumist は Medimmune LLC の商標登録です。

2012年7月 Medimmune LLC 発行

2020年8月くれこどもクリニック 訳

※翻訳時の状況に合わせて文面を一部変更しております。