

経鼻弱毒性インフルエンザワクチン（フルミスト点鼻液）接種 予診票



フルミスト点鼻液

令 . 月 日

診察前の体温

度 分

住 所	
フリガナ	
氏 名	(男 ・ 女)
生 年 月 日	年 月 日生 (歳 カ月)

質 問 事 項	回 答 欄		医 師 記 入 欄
今日受ける予防接種について説明文書を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。 ※経鼻弱毒性ワクチン(フルミスト点鼻液)はシーズン1回投与です。	いいえ () 回目	はい	
本日、体に具合が悪いところがありますか。	はい 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。 ・ 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、本日の予防接種を受けてもよいといわれましたか。	はい (病名) はい ・ いいえ はい ・ いいえ	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。	はい (病名)	いいえ	
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、医師の診察を受けたことがありますか。	はい (病名)	いいえ	
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	
これまでにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい (回 くらい) (最後は 年 月 頃)	いいえ	
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はありますか。	はい (薬、食品名)	いいえ	
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	
最近1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい (病名)	いいえ	
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)	いいえ	
これまでに予防接種を受けて、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	
(予防接種を受けられる方がお子さまの場合)分娩時、出生時、乳幼児健診などで以上がありましたか。	はい (具体的に)	いいえ	
(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。 または授乳していますか。 ※接種後約2ヵ月間は妊娠しないように注意してください。	はい	いいえ	
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りますか。	はい (具体的に)	いいえ	
予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか (口はい ・ 口見合わせます)	署名 (本人または保護者名) (続柄)		

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、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、予防接種の結果、副反応および医薬品医療機器総合機構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。

医師の署名または記名押印

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
名 称：フルミスト点鼻液 Lot No.	点鼻 (各鼻腔0.1mL噴霧) 0.2 mL	実施場所 ロビンの空クリニック 医師名 矢代 健太郎 接種日時 年 月 日 時 分

