

## フルミスト（経鼻インフルエンザ生ワクチン） 予診票

			体 温	度 分
住 所		電話番号	( ) -	
フリガナ 氏 名	男 ・ 女	生年月日	平成	年 月 日生
保護者氏名			( 歳	ヶ月)

質 問 事 項		解 答 欄	
1	出生時の情報についておたずねします。 在胎週数 ( ) 週、出生体重 ( ) g		
	出生時に異常がありましたか？ ( )	はい	いいえ
2	これまで健診で異常を指摘されたことはありますか？ ( )	はい	いいえ
3	本日具合の悪いところがありますか？ ( )	はい	いいえ
4	1カ月以内に病気にかかりましたか？ ( )	はい	いいえ
5	1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？ ( )	はい	いいえ
6	今まで特別な病気（先天異常、心・腎・肝疾患、神経疾患、免疫不全など）にかかり診察を受けていますか？ ( )	はい	いいえ
	その病気の担当医に本日の予防接種を受けて良いと言われましたか？	はい	いいえ
7	ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか？ ( ) 歳ごろ	はい	いいえ
	その時熱はありましたか？	はい	いいえ
8	薬や食物（特に卵や鶏肉）でじんま疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか？	はい	いいえ
9	予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか？ ( )	はい	いいえ
	家族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	いいえ
10	6ヶ月以内に輸血またはガンマグロブリンの投与を受けましたか？	はい	いいえ
11	このワクチンについて説明を受け理解しましたか？	はい	いいえ

医師記入欄 以上の問診・説明を受け、本日の予防接種は（可能・見合わせ）	医師署名
医師の説明を受け、このワクチンの効果や副反応、補償制度について十分理解した上で接種を希望します。	本人または保護者署名

ワクチン名	メーカー/Lot	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
フルミスト		0.2mL (各鼻腔0.1mL)	実施場所： <b>ありまファミリークリニック</b>
	Lot.No		医 師 名： <b>有 馬 正 貴</b>
			接種日時：            年    月    日