

# ★★インフルエンザ「経鼻」ワクチン接種予診票（2～18歳）★★

|        |       |        |              |
|--------|-------|--------|--------------|
| 住 所    |       |        |              |
| (フリガナ) |       |        |              |
| 接種者氏名  |       | 体 温    | 度 分          |
| 生年月日   | 平成・令和 | 年      | 月 日生（満 才 カ月） |
| 性別     | 男・女   |        |              |
| 保護者氏名  |       | TEL（ ） | —            |

| 質 問 事 項                                                                                                                                                                                                                     | 回 答 欄 |     | 医師記入欄 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|-------|
| 今日、普段とちがって具合の悪いところがありますか？<br>具体的に（ ）                                                                                                                                                                                        | はい    | いいえ |       |
| ※ 発熱（37.5度以上）・多量の鼻汁・今現在喘息発作のある方は接種不可                                                                                                                                                                                        |       |     |       |
| 現在、何か持病があり、治療で病院にかかっていますか？<br>病名（ ）                                                                                                                                                                                         | はい    | いいえ |       |
| ※重度の喘息患者・免疫抑制状態にある方・ゼラチンアレルギーの方は接種不可                                                                                                                                                                                        |       |     |       |
| 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    | いいえ |       |
| ここ1ヶ月の間に病気になったことは？ 病名（ ）                                                                                                                                                                                                    | はい    | いいえ |       |
| 今までひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか？（ ）才頃                                                                                                                                                                                            | はい    | いいえ |       |
| 今までに特別な病気（先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全<br>血液疾患、その他の病気）にかかったことがありますか<br>病名（ ）                                                                                                                                                  | はい    | いいえ |       |
| 薬や食品で発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか<br>薬品名（ ） 食品名（ ）                                                                                                                                                                        | はい    | いいえ |       |
| 今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？<br>予防接種名（ ）                                                                                                                                                                                  | はい    | いいえ |       |
| 1ヶ月以内に周囲に、麻疹、風疹、水ぼうそう、おたふくかぜの方がいましたか？<br>病名（ ）                                                                                                                                                                              | はい    | いいえ |       |
| 今日の予防接種について質問がありますか？                                                                                                                                                                                                        | ある    | ない  |       |
| <b>※必ず以下を読んで確認後にサインしてください。</b><br>①接種後、アレルギー症状（じんましん・咳等）が出る場合があります。その際は医療機関受診ください。<br>②点鼻ワクチンは「生ワクチン」となります。接種後副反応としてインフルエンザ様症状が出現する可能性があります。症状が出現し気になるようであれば医療機関受診ください。<br>③生ワクチンですので家族内に妊婦、乳児や免疫不全患者がいる場合にはなるべく接触は控えてください。 |       |     |       |
| 予診をもとに、今日の予防接種を受けますか？（ 受ける・見合わせる ）<br>保護者または本人サイン _____                                                                                                                                                                     |       |     |       |
| 【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）<br>医師署名 _____                                                                                                                                                                        |       |     |       |

| 使用ワクチン名 | 用法・用量 | 医療機関名・医師名・接種年月日                                  |
|---------|-------|--------------------------------------------------|
|         | 経鼻    | 医療機関名： 松岡こどもクリニック<br>医 師 名： 松岡文弥<br>接種年月日： 年 月 日 |

※記載いただきました個人情報は、ワクチン接種に関する予診のみに使用します。