任意接種用

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。
なお、お子さまの場合、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（じんましん、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（手足に力がはいらない、しびれ、食べものが飲み込みにくい、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、健康被害を受けた方また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方

1）明らかに発熱している方（通常は37.5℃を超える場合）
2）重い急性疾患にかかっていることが明らかな方
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や全身性のひどいじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと）を起こしたことがある方
4）明らかに免疫機能に異常のある疾患をお持ちの方、免疫抑制をきたす治療を受けている方
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方
6）妊娠していることが明らかな方
7）その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した方

予防接種を受ける際に医師と相談していただく方

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（じんましん、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方
2）心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患などの基礎疾患のある方
3）過去に予防接種で接種後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方
4）過去にけいれん（ひきつけ）を起こしたことがある方
5）過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方、または近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
6）重い喘息のある方または喘鳴の症状のある方
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のある方
8）発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている方
9）妊娠中または妊娠の可能性のある方（接種前1か月間避妊していない方）、授乳中の方
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方

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（じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など）が起こることがありますので、医師とすぐ連絡が取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）妊娠が可能な方は、接種後2か月間は妊娠をしないように注意しましょう。
4）接種後1～2週間は重度の免疫不全の方との接触を可能な限り避けましょう。
5）本ワクチンを接種した授乳婦の方は、接種後1～2週間は乳児との接触を可能な限り控えましょう。

あなたの接種予定日	医療機関名
月　　日（　）です。 当日は受付に　　時　　分頃 おこしください。	

第一三共株式会社

任意接種用

経鼻弱毒生インフルエンザワクチン（フルミスト点鼻液）接種　予診票

＊接種希望の方へ：太ワク内にご記入ください。

診察前の体温	度　　分

住　　所	〒		TEL（　　）　　－	
フリガナ		男・女	生年月日	年　　月　　日生 （　　歳　　か月）
受ける人の氏名				
（保護者の氏名）				

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。 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	
今日、体に具合の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、今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か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、具合の悪くなった方はいますか。	はい （予防接種名　　）	いいえ	
近親者の中で先天性免疫不全症と診断された方はいますか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に家族や周囲で麻しん、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か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、乳幼児健診などで異常がありましたか。	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。注:接種後約2か月間は妊娠を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	

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。**

医師の署名または記名押印 ＿＿＿＿＿＿＿＿

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　）。
（被接種者が自署できない場合、代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載ください。）

本人の署名（もしくは保護者の署名）
＿＿＿＿＿＿＿＿
代筆者の場合：続柄 ＿＿＿＿＿＿

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	医療機関名： 医　師　名： 接種日時：　　年　　月　　日　　時　　分

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にのみ使用します。