

インフルエンザ予防接種予診票(経鼻ワクチン)

氏名		生年月日	T・S・H・R： 年 月 日（ ）歳
住所		体温 (必ず当院で測定)	度 分

質問事項	回答欄		医師記入欄
現在なにか病気にかかっていますか。	はい	いいえ	
病名()			
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか。具体的な症状を書いてください ()	はい	いいえ	
今までに心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、免疫不全症や発育障害などにかかり医師の診察を受けていますか。病名()	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
現在ぜんそくや肺炎など呼吸器系の病気にかかられていますか。	はい	いいえ	
長期にステロイド(内服・注射)剤や免疫抑制剤の投与を受けていますか。	はい	いいえ	
1ヶ月以内に麻しん、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜにかかりましたか。	はい	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
その際具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
ニワトリの卵にアレルギーがありますか。	はい	いいえ	
ゼラチンを含む食品や薬品に対してショックや重度の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	
今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。()歳頃	はい	いいえ	
その時熱が出ましたか。	はい	いいえ	
まわりに重度の免疫不全の方がおられますか。	はい	いいえ	
(女性のみ)現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

“インフルエンザ予防接種について”を読み、インフルエンザ予防接種の効果・目的、有用性、副反応の可能性などについて理解した上で、インフルエンザワクチンの接種を希望します。

令和 年 月 日：本人又は保護者の署名：_____

以下当院記入欄

以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は（可能・見合わせる）。

本人・保護者に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有用性及び副反応並について説明をした。

接種日時：令和 年 月 日：医師の署名：_____

実施場所：なかにし耳鼻咽喉科

ワクチン名：フルミスト 各鼻腔 0.1ml ロットNo：_____

2025～2026 年 なかにし耳鼻咽喉科