

輸入経鼻噴霧式インフルエンザ生ワクチン（フルミスト） 接種問診票

住所			診察前の体温		℃
フリガナ		男・女	生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
受ける方の氏名			満年齢	満	歳
保護者の氏名			電話番号		

裏面の「フルミストについて」をお読みになり、その内容について理解しましたか？	はい	いいえ
輸入ワクチンを接種する場合は、厚労省未承認ワクチンであり、日本医薬品医療機器総合機構の補償の適応外であることを理解していますか？	はい	いいえ
今日は、体に具合の悪いところがありますか？ 具体的な症状（ ）	はい	いいえ
最近、1ヶ月以内に病気にかかったり、お薬を飲みましたか？ 病名（ ）	はい	いいえ
4週間以内に予防接種を受けましたか？ 接種日（ 月 日 ） 予防接種名（ ）	はい	いいえ
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか？	はい	いいえ
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか？（ ）歳頃 その時、熱が出ましたか？	はい	いいえ
薬や食品で皮膚に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？ 薬・食品名（ ）	はい	いいえ
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか？	はい	いいえ
免疫不全患者（抗がん剤治療を受けている人）と接触する機会がありますか？	はい	いいえ
卵アレルギー、重度のゼラチンアレルギー、ゲンタマイシンアレルギーがありますか？	はい	いいえ
接種者が5歳未満の場合、これまで風邪をひいた時にゼーゼーしたことがありますか？	はい	いいえ
喘息と診断されている場合、1年以内に喘息発作がありましたか？	はい	いいえ
これまで予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか？ 予防接種名（ ）	はい	いいえ
(12歳以上の女性の場合) 現在、生理が遅れている、または妊娠の可能性がありますか？ 授乳中ですか？	はい	いいえ
今日の予防接種についてご理解され、接種に同意されますか？	はい	いいえ

医師記入欄	問診および診察の結果、今日の予防接種は（実施できる・見合わせた方がよい）と判断します	
	医師署名	
保護者 （本人） 記入欄	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で予防接種を希望します	
	保護者（本人）署名	

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
FluMist Quadrivalent (MedImmune) Lot No.	0.2ml 鼻腔内噴霧	さいたま市大宮区下町3-7-1 S1 のなか内科 医師名 野中 雅也 接種年月日 令和 年 月 日

経鼻インフルエンザ生ワクチン 「フルミスト」(MedImmune 社 Flumist®) について

鼻にスプレーするタイプのインフルエンザ生ワクチンです。一般的な注射タイプのインフルエンザワクチンは血液中で免疫を誘導し感染時の重症化を抑制しますが、フルミストは鼻の粘膜で直接局所免疫を誘導しウイルスの侵入を阻止、同時に血液内でも免疫を成立させるので感染後の重症化を抑制します。4 種類のインフルエンザ株 (4 種類のインフルエンザ株 (A 型 2 種類、B 型 2 種類) が入っています。欧米では広く接種されていますが、日本では未承認のワクチンです。基本的には自己責任での接種となります。

【対象年齢】

2 歳～49 歳

【接種回数】

基本的には 1 回接種。

ただし、2～8 歳の小児で、これまでインフルエンザにかかったことがなく、さらにインフルエンザワクチンを接種したことがない場合は、4 週間あけて 2 回接種。

【接種できない人】

- ・ 5 歳未満で喘息の治療を行っている人、または 1 年以内に喘息発作があった人
 - ・ 心疾患、肺疾患、肝疾患、代謝性疾患、血液疾患、神経系疾患などの慢性疾患の人
 - ・ 妊娠中、あるいは妊娠の可能性のある女性
 - ・ 卵、ゼラチン、ゲンタマイシン、アルギニンに重いアレルギーのある人
 - ・ 2 歳～17 歳で、アスピリン内服中の人
 - ・ 病気や薬で免疫抑制状態にある人
 - ・ 重度に免疫機能が低下した人と接触がある人 (家族、医療従事者)
 - ・ ギランバレー症候群を発症したことがある人
 - ・ 接種当日、鼻炎症状のひどい人、体調不良の人、体温 37.5℃以上の人
- ご不明な点があればご相談ください。

【副反応】

接種後に風邪症状を認めることがあります。

その他、重篤な副反応については国産インフルエンザワクチンと同じです。