2026年度

フルミスト点鼻液(経鼻弱毒生インフルエンザワクチン)予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください

住　所	〒 TEL（　　）　　－	来院時の体温	度　　分	
フリガナ 予防接種を受ける方の 氏　名		男・女	生年月日	年　月　日生 （　歳　ヶ月）
保護者の氏名				

質問事項	回答欄		医師記入欄
1 今日受ける予防接種について説明文を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
2 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。 ※フルミストはシーズン1回投与になります	いいえ（　）回目	はい	
3 今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある（具体的に）	ない	
4 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい（病名）	いいえ	
①その場合治療（投薬など）を受けていますか。	はい　いいえ		
②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　いいえ		
5 最近1ヶ月以内に熱が出たり、何か病気にかかりましたか。	はい（病名）	いいえ	
6 最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気にかかった方がいましたか。	いる（病名）	いない	
7 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	受けた（予防接種名）	いいえ	
8 過去に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	
①その際に具合が悪くなったことはありますか。	ある（症状：）	ない	
②インフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。	ある（予防接種名： （症状：）	ない	
9 今までに特別な病気にかかったことがありますか。 ［先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、血液疾患などの慢性疾患、その他の病気　など］	ある（具体的に）	ない	
（“ある”の場合）その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種を受けて良いといわれましたか。	はい	いいえ	
10 今までにけいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか。	ある　ごろ　回ぐらい 最後は　年　月ごろ	ない	
11 今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。	ある　年　月ごろ 現在治療中　・　治療していない	ない	
12 これまでに薬や食品（ゼラチン、鶏肉や鶏卵など）で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	ある（薬、食品名）	ない	
13 近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか。	いる（予防接種名）	いない	
14 近親者の中で先天性免疫不全症と診断されている方はいますか。	いる	いない	
15 （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。または授乳していますか。	はい	いいえ	
16 その他、今日の予防接種について質問はありますか。			

医師の記入欄: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、また、2歳以上19歳未満であることを確認した。以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は　医師の署名又は記名押印

（　可能　・　見合わせる　）

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、ワクチンの接種を　（　希望します　・　希望しません　）

本人（もしくは保護者）の署名

メーカー名・ロット番号	接種量	実施場所　・　医師名　・　接種年月日
Lot No. カルテNo.	点鼻 （各鼻腔0.1ml噴霧）　□　0.2mL	実施場所　くまだキッズ・ファミリークリニック 医師名 接種年月日　年　月　日

フルミスト(経鼻弱毒生インフルエンザワクチン)の接種について

フルミスト点鼻液（経鼻弱毒生インフルエンザワクチン）（以下フルミスト）の接種を実施するに当たり、

受けられる方の健康状態をよく把握する必要 があります。そのため、裏面の予診票に出来るだけ詳しくご記入下さい。

お子さまが接種される場合には、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入下さい。

当日、お子さまの予防接種に付き添っていただく大人の方は、風邪症状のない方でお願いします。

【体温測定についてのお願い】

当日発熱が無いことを確認してご来院ください。（発熱を認めた場合は**予約時間までにご連絡**をお願いいたします）

来院後、受付にて体温計を用いて腋窩(わきの下)検温をお願いします。

その際に、37.5℃を超える発熱を認めた場合は、予防接種を当日に受けることができません。

ご家族複数名で接種される予定のある方は、他のご家族は必ず接種して頂きますので、ご了承ください。

発熱を認めた**ご本人のみ**、受付にて予約変更をさせて頂きます。

【ワクチンの効果と副反応】

フルミスト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
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 明らかに発熱のある方（37.5℃を超える場合）
② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
③ 過去にフルミストに含まれている成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある方
　なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした方は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いでください。
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、医師とよく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）等の過敏症を起こしたことか
② 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患や血液の病気などの基礎疾患がある方
③ 過去に予防接種で接種後、2日以内に発熱、全身の発疹、などのアレルギーを疑う症状がみられた方
④ 今までにけいれん（ひきつれ）を起こしたことがある方
⑤ 過去にけいれん（ひきつけ）を起こしたことがある方
⑥ 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がいる方
⑦ 重い喘息のある方、または喘鳴の症状のある方
⑧ 薬の服用または食事（鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のもの）で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことのある方
⑨ 発達が遅く、医師、保健師の指導を受けている方
⑩ 妊娠中または妊娠の可能性のある方（接種前1ヶ月間避妊していない）、授乳中の方
⑪ 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の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、呼吸困難など）が起きることがありますので、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょ
② 接種当日の入浴は差し支えありませんが、激しい運動避けましょう。
③ 万一、高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
④ 妊娠が可能な方は接種後2ケ月感は妊娠をしないように注意しましょう
⑤ 接種後1～2週間は乳児や重度の免疫不全の方との接触は可能な限り控えましょう