

足寄町インフルエンザ（フルミスト点鼻液）予防接種 予診票

		診察前の体温		度 分	
住 所	足寄町			TEL () -	
フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日生	
氏 名				(歳 か月)	
(保護者の氏名)					

太線の中を黒のボールペンで記入して下さい。

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について裏面の説明文を読みましたか	は い	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか	は い	いいえ	
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	は い	いいえ ()回目	
現在、何か病気にかかっていますか 病名 ()	は い	いいえ	
治療（投薬など）を受けていますか	は い	いいえ	
その病気の主治医に、今日の予防接種を受けても良いと言われましたか	は い	いいえ	
今日、身体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください ()	は い	いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名 ()	は い	いいえ	
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	いいえ	
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	いいえ	
けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか	は い	いいえ	
薬や食品（ゼラチン、鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	は い	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ()	は い	いいえ	
予防接種を受けて、具合が悪くなったことがありますか 予防接種の種類 ()	は い	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	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	
1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘（みずぼうそう）、おたくふかせなどにかかった方はいますか	は い	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	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注意してください）	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	

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） 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、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。 医師署名又は記名押印	
ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No.	点鼻 (各鼻腔0.1ml噴霧) 0. 2 m l	実 施 場 所 医 師 名 接種年月日 年 月 日

インフルエンザ(フルミスト点鼻液)予防接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください）

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、接種を希望しますか。

（接種を希望します・接種を希望しません）

接種される方が16歳未満の場合は原則、保護者の同伴および同意が必要です。また、今回の予防接種について足寄町の助成を申請します。助成金の受領について接種を行う医療機関に委任し、この予診票を足寄町に提出することに同意します。

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。

年 月 日 被接種者署名（又は保護者）

※自著できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載

『経鼻弱毒性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』

※接種対象者は2歳以上19歳未満です。

1. インフルエンザとは

インフルエンザウイルスによる感染症です。普通のかぜに比べて全身症状が強く、急な高熱、悪寒、全身倦怠感、頭痛など、さまざまな症状をきたす感染症です。インフルエンザウイルスにはいくつもの種類があるため、同じ年に、違う種類のインフルエンザに2回以上かかることもあります。流行すると、特に65歳以上の高齢者や慢性疾患患者で重症化することが多いです。

2. 有効性

フルミスト点鼻液は、インフルエンザウイルスを弱毒化した生ワクチンです。鼻腔粘膜の表面に噴霧することで直接免疫を成立させ、気道分泌型IgA抗体を誘導します。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予防、また、流行しているインフルエンザと株が違っていても発症を軽症化させる作用もあります。CDCガイドラインでは接種後2週間でワクチンの効果が得られるとされています。効果持続期間は約1年とされています。

3. 副反応

過敏症：まれに接種直後から数日中に、発疹、顔面浮腫、じんましんがあらわれることがあります。

全身症状：鼻閉・鼻漏、咳嗽（せき）、口腔咽頭痛、頭痛などがみられることがあります。まれに食欲減退、下痢、腹痛、発熱などの症状がみられる場合があります。

極まれに、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など）、脳神経障害、ギラン・バレー症候群（手足に力が入らない、しびれ、嚥下しにくい、呼吸苦など）、ショック症状などの報告があります。

4. 予防接種を受けることができない人

- ①明らかに発熱のある人（37.5℃を越える場合）
- ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ③過去にフルミスト点鼻液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明らかな人
- ④明らかに免疫機能に異常のある疾患にかかっている人、免疫抑制をきたす治療を受けている人
- 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人
- ⑥妊娠していることが明らかな人
- ⑦その他、医師が不適当な状態と判断した場合です

※上記①～⑦に入らなくても医師が接種不適当と判断した時は接種できません。

5. 予防接種を受けるに際し、担当医師とよく相談しなくてはならない人

- 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、アナフィラキシーなどの過敏症を起こしたことがある人
- ②心臓病、腎臓（じんぞう）病、肝臓病や血液、その他慢性的の病気で治療を受けている人
- ③予防接種を受け、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどアレルギーを思わす症状がみられた人
- ④過去にけいれん（ひきつけ）の既往のある人
- ⑤過去に免疫不全の診断がなされている人、または近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- ⑥重い喘息のある人または喘鳴の症状がある人
- ⑦薬の投与又は食事（ニワトリの卵や肉など）にアレルギーを呈するおそれのある人
- ⑧発育が遅く、医師などから指導を受けている人
- ⑨妊娠の可能性がある人（接種前1か月間避妊をしていない人）、授乳中の人
- 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人

予防接種を受ける前に

フルミスト点鼻液の予防接種について、有効性や副反応についてよく理解しましょう。

気にかかることや分からないことがあれば、予防接種を受ける前に担当の医師や看護師に確認してください。

また、接種後に体調で気になることがありましたら接種医療機関へご相談ください。

予診票は接種する医師にとって、予防接種の可否を決める大切な情報です。接種を受ける方が責任を持って記入し、正しい情報を医師に伝えてください。

※接種を受けることの義務はなく、本人が接種を希望する場合に限り接種を行います。