

[経鼻インフルエンザ生ワクチン] 予防接種問診表

| | | | | | |
|-------------|-------|---------|---|----|---|
| (フリガナ) | 性別 | 接種日時：20 | 年 | 月 | 日 |
| 接種を受ける人の氏名： | (男/女) | 診察前体温： | 度 | 分 | |
| 保護者氏名： | | 年齢： | 才 | ヶ月 | |
| 電話番号： - - | | 生年月日： | 年 | 月 | 日 |
| 住所： | | | | | |

| 質 問 事 項 | 回答欄 | 医師記入欄 |
|--|--|-------|
| 今回受ける予防接種について効果や副反応について理解しましたか。 | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | |
| フルミストは国内未承認ワクチンであり、補償制度は実質ないことについて理解しましたか。 | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | |
| 今日、普段と違って具合の悪い所がありますか 具体的な症状： | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | |
| これまでにインフルエンザにかかったことがありますか | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | |
| 今までインフルエンザワクチンを接種した事がありますか | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | |
| 4週間以内に予防接種を受けましたか 日時・種類： | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | |
| 生まれてから今まで特別な病気にかかりましたか 例：先天異常、心臓・肝臓・脳神経・じん臓の病気、免疫不全、川崎病、紫斑病、その他： その病気の診療医に本日の予防接種は可能と言われましたか | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | |
| けいれん(ひきつけ)を起こした事がありますか () 歳ごろ その時、熱はありましたか： | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | |
| 最近6ヶ月以内にガンマグロブリン療法を受けた事がありますか | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | |
| 食品や薬で発疹が出たり具合が悪くなった物がありますか 食品/薬剤名と症状： | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | |
| これまで予防接種を受けて具合が悪くなった事がありますか 予防接種名と症状： | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | |
| 接種を受ける方の出生時の状況についてお訪ねします。 出生時の体重 () g 分娩時に異常はありましたか 健診時に異常があるとされた事がありますか | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | |
| 最近家族や友達に、はしか、風疹、水ぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方はいましたか 病名： | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | |
| 近親者に、予防接種で具合が悪くなった方はいますか | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | |
| 近親者に、先天性免疫不全と診断された方はいますか | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | |
| 今回の予防接種について質問がありますか | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | |
| 医師の診察・説明を受け、接種の効果・副反応等を理解したうえで予防接種を希望します | | |
| 保護者署名 [] | | |

| | |
|--|--------------------------------------|
| (医師記入欄) 保護者に対し予防接種の効果・副反応等について説明致しました。 | |
| 問診・診察の結果、本予防接種を [見合わせます / 実施可能と判断します] | |
| 場所：にしやまこどもクリニック | 医師署名：[] |
| 種類 Flumist | 接種：0.2 ml 鼻腔内投与 (0.1ml づつ左右の鼻腔内分割投与) |
| 製造社：MedImmune Inc. | 製造番号：[] |

経鼻インフルエンザ生ワクチン（フルミスト）について

● フルミストについて

日本では政府により認可されているインフルエンザワクチンは不活化ワクチンだけであり、生ワクチンであるフルミストは認可されていません。フルミストは鼻に噴霧するタイプの新しいインフルエンザワクチンです。2003年アメリカで承認、2011年にヨーロッパで承認され、すでに約10年の使用実績があり、安全性が認められかつ臨床試験でも一定の効果が確認されています。

● フルミストの接種について

対象：2歳以上49歳以下の小児および成人を対象とします。

接種回数：2歳以上でインフルエンザ罹患歴またはワクチン接種歴のある人は1回接種となります（ほとんどの方は、1回接種の対象となります）。9歳未満でインフルエンザワクチンを接種したことがないか、インフルエンザに今まで罹患したことのない人は2回接種となります。

接種方法：針のないシリンジで両側の鼻腔に噴霧します。

禁忌・接種できない人：年齢制限：2歳未満、50歳以上の人は接種できません。気管支喘息：5歳未満で喘息のある人や一年以内に喘鳴を認めた人は接種できません。心疾患、肺疾患、腎疾患、肝疾患、糖尿病などの代謝性疾患などで慢性的に支障を認めている人は接種できません。

● フルミストの接種による副作用

まれに接種後に軽い感冒症状を認める場合がありますが通常は数日で自然に軽快します。非常にまれですがアナフィラキシー反応を起こす可能性はあります。これらの副反応の頻度は他の不活化ワクチンと同程度です。

● 予防接種の健康被害の救済について

世界中で数多く使用されて、極めて安全性が高いとされていますが、万が一ワクチン接種により重大な健康被害が生じた場合には、国の予防接種法に基づく「予防接種健康被害救済制度」による補償は受けられません。日本では未承認薬のため「独立行政法人医薬品医療機器総合機構法」も適応されません。ワクチン輸入会社による補償制度はありませんが、一時金にすぎません。

● フルミストの接種の予約

当院にて接種を希望される方は予約制になります。

事前に窓口、またはお電話（TEL 03-5314-1616）にて予約をしてください。

インターネットでの予約はしておりません。金額は9200円（税込）です。

また、例年、接種時期は11月初旬～中旬となりますことをご了承ください。