

A4 用紙で印刷してください。



輸入経鼻噴霧式生インフルエンザワクチン[フルミスト]の接種について

インフルエンザの予防接種を実施するに当たって、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、予診表に出来るだけくわしく御記入ください。お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者が御記入ください。

[ワクチンの効果と副反応]

予防接種により、インフルエンザ感染を予防したり、症状を軽くする事ができます。また、インフルエンザによる合併症や死亡を予防することが期待されます。

一方、副反応には、下記のような物があります。とくに、経鼻噴霧式生インフルエンザワクチンは、低温でしか増殖出来ないように調整されている**生きたインフルエンザウイルス**を直接鼻に噴霧し、実際に鼻腔粘膜に感染させますので、**鼻炎症状は必発**です。通常接種後 3 日から鼻炎と咽痛が始まり、4 日程度で改善します。

鼻汁	40～50%
咽痛	5～10%
頭痛	3～9%
発熱	10%

その他、すべてのワクチンに共通する事ですが、極まれにショック、ギランバレー症候群、急性散在性脳脊髄炎、喘息発作などの症状が現れる場合があります。重篤な健康被害が生じた場合の救済については、**本ワクチンは未認可ワクチンであるため、一般的なワクチンの様な保障制度はなく、当院が輸入している業者【株式会社インターナショナルメディカルマネージメント（IMMC）】の補償制度を利用するしかありませんが、これらの補償は、民事裁判で医療側の責任が認められない場合のみ適応される補償のため、実質的には利用できない可能性もあり、本ワクチンの接種にあたっては、自己責任で行える方に限らせていただきます。**

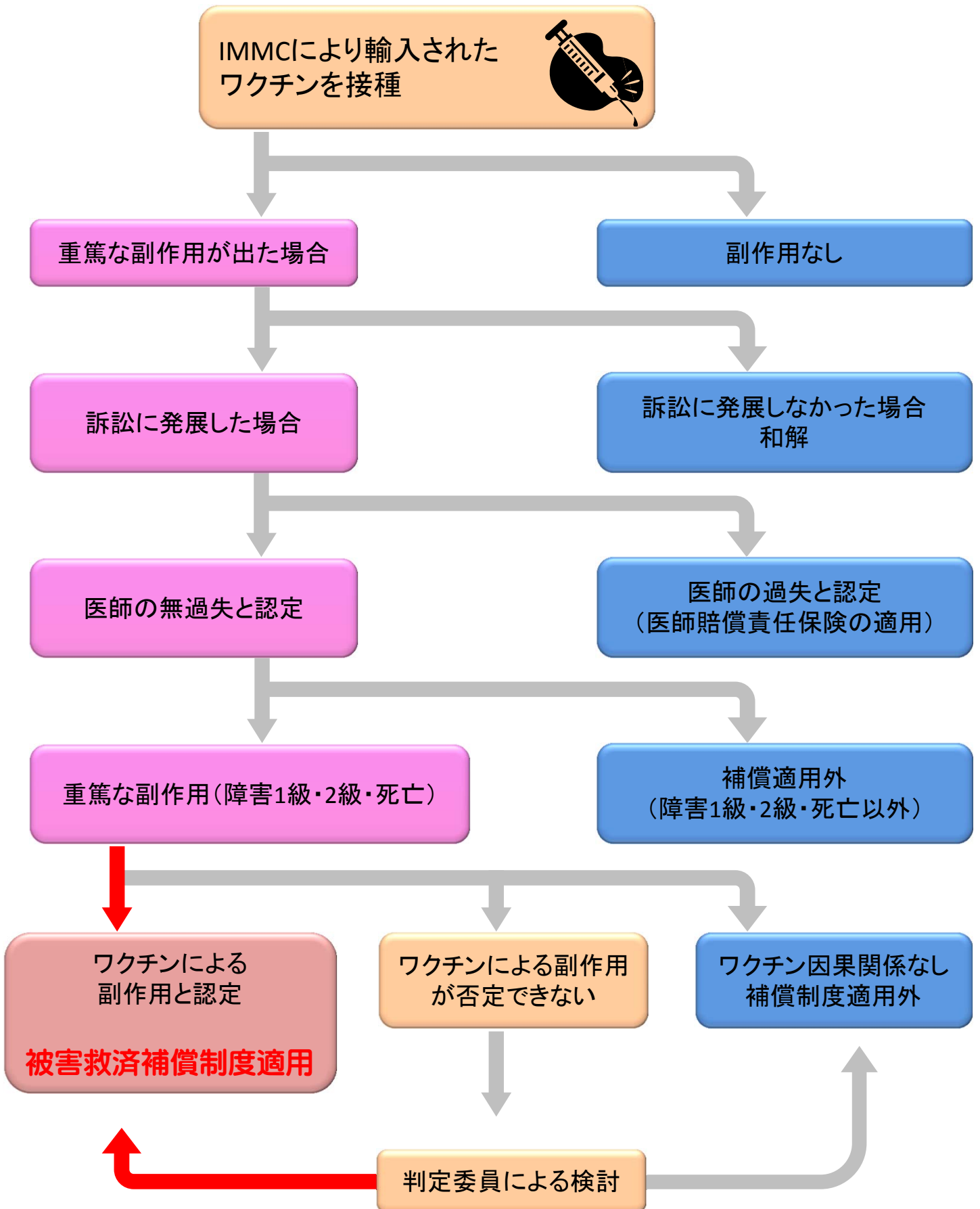
[この予防接種を受けることが出来ない人]

- 1: 明らかに発熱のある人 (37.5 度を超える人)
- 2: 重篤な急性疾患にかかっている人
- 3: 心疾患、肺疾患・喘息、肝疾患、糖尿病、貧血、神経系疾患などの慢性疾患を持っている人
- 4: 2 歳未満の人
- 5: 50 歳以上の人
- 6: 5 歳未満の人で、喘鳴(ゼーゼー)の歴があった人
- 7: 1 年以内に喘息発作のあった人
- 8: 免疫不全患者 (抗がん剤治療を受けている人) や、そういった患者様をケアする立場にいる介護者の人
- 9: アスピリンを服用している人
- 10: 妊娠している人
- 11: 重度の卵白アレルギーで、ゆで卵が食べられない人
- 12: 鼻炎の酷い人

[ワクチン接種後の注意]

1: 接種後 15～30 分間は、急な副反応が起きる事があるため、15 分は院内待機。残りの 15 分は、院内または、当院駐車場内の患者様の車で待機してください。

輸入ワクチン被害救済補償制度





住所			診察前の体温	℃
フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
受ける人の氏名			(満年齢)	満 歳
保護者の氏名			電話番号	

本日の体調は？	悪い	良い
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？	いいえ	はい
今日、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か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
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいきましたか 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（ / ） 予防接種名（ ）	はい	いいえ
6か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
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名（ ）	はい	いいえ
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	いいえ	はい
ひきつけ（痙攣）をおこした事がありますか （ ） 歳頃	はい	いいえ
その時、熱が出ましたか？	いいえ	はい
薬や食品で皮ふ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 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）や、そういった患者様を介護したりしていますか？	はい	いいえ
アレルギーのために、卵が食べれなかったり、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歳未満児の場合 → 感冒罹患後、喘鳴（ゼーゼー）の歴がありますか？	はい	いいえ
過去1年以内に喘息発作が出たことがありますか？	はい	いいえ
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種名（ ）	はい	いいえ
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	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	はい	いいえ
今授乳中ですか	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

医師記入欄	問診及び診察の結果、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		
	医師署名又は記銘捺印		
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うえで予防接種を希望します		
	保護者（本人）署名		

ワクチン名	メーカー/ロット	接種部位	接種量	実施場所・医師名
			ml	年 月 日