

フルミスト予防接種 予診票



本日の体温 _____ °C

住所 世田谷区 _____

TEL () _____

接種者氏名 ふりがな _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 男 女

1 本日の体調に不安はありますか？ (ある / ない)

・ある (具体的に) 鼻水はでていますか？ (はい / いいえ)

2 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか？ (はい / いいえ)

・はい (病名) ※1週間以内に発熱 (37.5以上) ある場合接種できません

3 以下の項目に該当する場合チェックをして下さい

- 2歳以上、49歳以下である
- 妊娠中また妊娠の可能性がない
- アスピリンを服用していない
- ワクチン接種後にギランバレー症候群を発症したことがない
- 免疫の低下している人と日常的に接触がない
- 現在入院予定がない
- 慢性疾患 (心疾患、肺疾患、肝疾患、糖尿病など) がない
- 重症の卵アレルギーがない
- 本日鼻水がない

※ 気管支喘息があり、5歳以下の方で1年以内に喘息症状があった

4 補償制度に関してご理解いただけましたか？ (はい / いいえ)

予防接種の効果や副反応など理解した上で

接種を希望します 保護者又は本人署名

◎鼻、咳などの風邪症状がない場合クリーンルームで接種できます 希望 (あり / なし)

スタッフ記入欄

今日の予防接種は (可能 ・ 不可能)

医師氏名 _____

