



インフルエンザ（フルミスト）問診票

お聞きしたいことがありますのでご回答ください

~~~~~年 月 日~~~~~

体温~~~~~℃

接種するお子さんの

お名前~~~~~年齢（ 歳）→

予防接種希望保護者署名~~~~~

電話番号：~~~~~学年~~~~~

点 鼻

2 歳から 18 歳まで

1 回のみ

※このワクチンは弱毒生ワクチンです

- 「インフルエンザの予防接種を受けられる方へ」を読まれましたか (いいえ・はい)
- 今日、からだに具合の悪いところがありますか (はい・いいえ)
- 具合の悪い症状を書いてください
- 生まれてから今までに特別な病気（分娩時、出生時、先天異常、心臓病、肝臓病、脳神経病、免疫不全症、その他）にかかったり、健診で異常を言われたことがありますか(はい・いいえ)
- (病名)
- ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか (はい・いいえ)
- 最後は（ ）歳（ ）か月ごろ
- そのとき熱がでましたか (はい・いいえ)
- 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、
- からだの具合が悪くなったりしたことがありますか (はい・いいえ)
- 今もありますか 名前 (はい・いいえ)
- ご家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人がいますか (はい・いいえ)
- 1 か月以内に家族や遊び仲間に麻疹（はしか）、風疹（みっかばしか）、
- 水痘（水ぼうそう）、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか (はい・いいえ)
- 1 か月以内に予防接種を受けましたか (はい・いいえ)
- (予防接種名 月 日ごろ)
- これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか (はい・いいえ)
- 予防接種の名前（ ）
- 6 か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか (はい・いいえ)
- ◎最近1 か月以内にひどい鼻汁・鼻閉、他病気にかかりましたか (はい・いいえ)
- ◎これまで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)
- ◎現在、何かの病気で医師にかかっていますか、 (はい・いいえ)
- その場合お薬など何か治療をうけていますか、 (はい・いいえ)
- この予防接種を受けていいといわれましたか (はい・いいえ)
- ◎同居に重症免疫不全者、妊婦、2 歳未満の乳幼児はいますか (はい・いいえ)
- ◎女性の方に：妊娠の可能性・授乳中ですか（2 か月間は避妊必要） (はい・いいえ)
- 今日の予防接種について何か聞きたいことがありますか

ありがとうございます。もうしばらくお待ちください。

一緒に受けるワクチンはありませんか？ 太坪こどもクリニック

