

経鼻インフルエンザワクチン（フルミスト）について

接種時間：8:30～11:00（土曜日 8:30～10:30） / 14:00～17:00（土曜日 14:00～16:00）

この時間を過ぎると接種ができませんのでご注意ください。

予防接種を実施するにあたって、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、予診票にできるだけ詳しくご記入ください。

また、円滑に接種を進めるために、予診票にすべて記入してからお越しください。

[基本情報]

- ・対象年齢は2歳～18歳です。
- ・注射ではなく、左右の鼻に噴霧するワクチンです。
- ・接種は年齢にかかわらず1回で、効果は約1年間持続します。
- ・生ワクチンですが、ほかの注射の生ワクチンと接種間隔をあける必要はありません。

[接種前の注意点]

以下に該当する方は接種ができません。

- ・発熱や、中等度～重度の急性疾患にかかっている方
- ・コントロール不良の気管支喘息がある方
- ・アスピリンを服用中の方（川崎病、心臓病など）
- ・免疫力が低下している方（免疫抑制剤の使用など）
- ・妊娠中、授乳中の方
- ・接種前に抗インフルエンザ薬を投与されている方（ワクチンの効果が減弱するため）
 - タミフル・リレンザ：48時間以内 ラピアクタ：5日以内
 - イナビル：10日以内 ゼフルーザ：17日以内

以下に該当する方は接種にあたり注意が必要です。

- ・鼻水、鼻づまりがひどい方（ワクチンの効果が減弱する可能性あり）
- ・慢性疾患がある方（心疾患、肝疾患、腎疾患、血液疾患など）
- ・ゼラチン、鶏卵、鶏肉に対してアレルギーがある方
- ・過去にほかのインフルエンザワクチンでアレルギー反応を起こした方

[接種後の注意点]

- ・接種数日後に鼻水、咳、のどの痛みなどが約6割の方にみられますが、自然に軽快します。
- ・接種後2週間以内にインフルエンザの検査を行うと陽性になることがあります。その際に抗インフルエンザ薬を服用すると、ワクチンの効果が減弱する可能性があります。
- ・接種後1～2週間はワクチンのウイルスがわずかに排出されるため、免疫の弱い方との接触は控えるようにしてください。

経鼻インフルエンザワクチン（フルミスト）予診票

No. _____

接種時間：8:30～11:00（土曜日 8:30～10:30） / 14:00～17:00（土曜日 14:00～16:00）

氏 名		男・女	体 温	度	分
			電話番号		
生年月日	平成・令和・西暦	年	月	日生	（満 歳）

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日の予防接種についての説明文を読みましたか。	はい	いいえ	
現在、何か病気や、具合の悪いところがありますか。 病名・症状（ ）	はい	いいえ	
治療（投薬など）を受けていますか。	はい	いいえ	
主治医には、今日の予防接種を受けていいと言われましたか。	はい	いいえ	
今までにけいれんを起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
その際に熱は出ましたか。	はい	いいえ	
今までに重度の喘息と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
また、最近喘息の症状が出ましたか。	はい	いいえ	
今までに特別な病気（先天性異常、心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、免疫不全など）と診断されたことがありますか。 病名（ ）	はい	いいえ	
ゼラチンや、鶏の卵や肉などにアレルギーがありますか。	はい	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
①その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
②ほかの予防接種で具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
予防接種の種類（ ）			
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい	いいえ	
現在、妊娠していますか。	はい	いいえ	
保護者、もしくは本人のサイン _____			
医師記入欄	今日の予防接種は（可能・見合わせる） 医師のサイン _____		

ワクチン製造番号	用法・用量	接種場所・医師名・接種日
Lot No.	点鼻 各鼻腔 0.1mL 噴霧 0.2mL	接種場所：高橋 こども クリニック 医師名： 接種日：