

# 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 ( ) —

予防接種を受ける人の氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 歳

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 最近1ヶ月以内にMR・水痘・おたふく・BCGの予防接種をうけましたか？ ( はい / いいえ )

・はい 接種日 ( / )

4 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

5 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 \_\_\_\_\_