

点鼻インフルエンザ生ワクチン(フルミスト)の問診票

(カルテ番号:)
令和 年 月 日

住所 〒	横浜市・川崎市・東京都・()	緊急連絡先(自宅・携帯・会社・その他)
都筑・青葉・()区		電話 ()
受ける人の氏名	フリガナ	昭・平 年 月 日生まれ ()歳()ヶ月
	男・女	現在の体温 度 分

質問事項	解答(○印)欄	医師記入欄
フルミストについての説明書を読まれましたか?	はい・いいえ	
フルミストは日本ではまだ未認可の生ワクチンであることをご存じですか?	はい・いいえ	
これまで不活化インフルエンザワクチン(注射)を受けたことがありますか?	はい・いいえ	
これまでの健康診断で異常を指摘されたことがありますか? それはどんな異常でしたか?()	なかった・あった	
これまで特別な病気で医師にかかったことがありますか? その病名は何ですか?() その医師に本日の予防接種を受けても良いといわれていますか?	いいえ・はい はい・いいえ	
本日、からだの具合の悪いところがありますか?熱はありますか? 具合の悪いところか症状は何ですか?()	ない・ある	
最近の1ヶ月以内に病気にかかったことがありますか? はいの方、その病名何ですか?()	いいえ・はい	
現在、何か薬を飲んでいますか? はいの方、その薬名は何ですか?()	はい・いいえ	
薬や食べ物で皮膚に発疹やじんましんが出たり、からだの具合が悪くなったことが ありますか?それはなんですか?()	なかった・あった	鶏卵食:yes、no
最近1ヶ月以内に、他の予防接種を受けましたか? ある方の場合、その予防接種名は?()	ない・ある	
今まで、予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか? その予防接種名は?()	ない・ある	
家族の方で予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか?	いない・いる	
ご家族の中に先天性の免疫不全と診断された方がいますか?	いいえ・はい	
最近6ヶ月以内に輸血またはガンマグロブリンの投与を受けましたか?	いいえ・はい	
成人女性の方:妊娠していますか? はいと答えた方、妊娠何ヶ月目ですか? 妊娠中に何か異常なことがありましたか? 担当の産科医は今回のワクチンを受けて良いと言いましたか?	いいえ・はい 妊娠()ヶ月 ない・ある はい・いいえ	
最後に、今日の予防接種について何か質問がありますか?	ある・ない	

医師の記入欄
以上の問診および診察の結果、今回のフルミストの可否について(可能・見合わせる)(署名)

接種者本人または代理人の記入欄
以上の結果、本日のフルミストは受けますか?(受ける・見合わせる)(署名)

接種ワクチン	接種場所・医師名・接種日時
フルミスト点鼻1本	接種日 年 月 日 時 分 横浜市都筑区中川1-10-33 しんぼ こどものクリニック 新保敏和