

## 接種日当日、ご来院時の注意事項です

- 1、ワクチンの種類・対象者により料金が異なりますので、ご自身でご確認ください。

**当日のお支払いは現金のみとなります。**

- 2、柏市小児助成制度・高齢者助成制度ご利用の方は予診票の種類をお間違いないようご記入ください。

**専用の予診票がない場合は助成制度はご利用になれません。**

**全額自己負担でのお支払いとなります。**

- 3、柏市小児助成制度・高齢者助成制度ご利用の方は接種者本人の住民票の住所が確認できない場合には助成制度はご利用になれず、全額自己負担でのお支払いとなります。

### 住民票の住所確認可能な物の例

- ・マイナンバーカード
- ・子ども医療費助成受給券
- ・ひとり親医療費助成受給券
- ・免許証
- ・国民健康保険資格確認書

※ご家族のものは無効です。

※住民票の住所の記載がされているものに限りです。

※手書きで記載されているものは無効です。



- 4、接種日当日は予診票のご記入がお済みの方からの受付になります。  
記入間違いがある場合には受付の列に並び直しになりますので、予めご了承ください。  
体温・保護者様・ご本人のサイン等、太枠の中をすべてご記入の上、お持ち下さい。

※摩擦で消えるペン（フリクションペン）や鉛筆で記入されたものは受付できません。

16歳未満の方は保護者様のサインのみのご記入をお願いします。

16歳以上の方は接種されるご本人様のサインのみご記入をお願いします。

※18歳未満の方は母子手帳が無いと接種できませんので必ずお持ち下さい。  
母子手帳をお忘れの場合は予約時間のご変更または予約日のご変更をご案内させていただきます。

- 5、接種日当日は37.5℃以上の発熱がある方や風邪症状のある方は接種会場にお入りいただけません。  
ご予約時間の1時間以内に必ず体温を測ってからお越し下さい。

### 接種日当日に保護者様以外が同伴される場合の対応について

- ・13歳未満の未成年者の予防接種実施にあたって、原則保護者様の同伴が必要となります。  
やむを得ず保護者様以外の方が同伴される場合は保護者様の委任状が必要となります。

[委任状ダウンロードはこちら](#)

#### 【接種当日の持ち物】

すべて記入済みの委任状、すべて記入済みの予診票、母子手帳

※記入漏れがある場合、母子手帳がない場合には接種できませんのでご注意ください。

### 接種日当日に保護者様が同伴できない場合の対応について

- ・13歳～15歳（中学生）までのやむを得ない事情がある方で保護者様の同伴ができない場合に限り、同意書により保護者様の同意が確認できれば、同伴者がいなくても接種を受けることが可能です。

[同意書ダウンロードはこちら](#)

#### 【接種当日の持ち物】

すべて記入済みの同意書、すべて記入済みの予診票、母子手帳

※記入漏れがある場合、母子手帳がない場合には接種できませんのでご注意ください。

## 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン(フルミスト点鼻液)接種 予診票

\*接種希望の方へ：太ワク内にご記入ください。

診察前の体温 度 分

|          |   |     |           |         |
|----------|---|-----|-----------|---------|
| 住 所      | 〒 |     | TEL ( ) - |         |
| フリガナ     |   | 男・女 | 生年<br>月 日 | 年 月 日生  |
| 受ける人の氏名  |   |     |           | ( 歳 か月) |
| (保護者の氏名) |   |     |           |         |

| 質問事項                                                                                      | 回答欄                              |     | 医師記入欄 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----|-------|
| 今日受ける予防接種について説明文書を読んで理解しましたか。                                                             | いいえ                              | はい  |       |
| 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。<br>注：経鼻弱毒生ワクチン(フルミスト点鼻液)はシーズン1回投与になります。                     | いいえ ( )回目                        | はい  |       |
| 今日、体に具合の悪いところがありますか。                                                                      | はい<br>具体的に( )                    | いいえ |       |
| 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。<br>・ その場合、治療(投薬など)を受けていますか。<br>・ その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいといわれましたか。 | はい (病名 )<br>はい ・ いいえ<br>はい ・ いいえ | いいえ |       |
| 最近1か月以内に病気にかかりましたか。                                                                       | はい (病名 )                         | いいえ |       |
| これまでに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、発育障害、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。                     | はい (病名 )                         | いいえ |       |
| これまでに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 ( 年 月頃)<br>現在治療中 ・ 治療していない    | いいえ |       |
| これまでにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。                                                             | はい ( 回くらい)<br>(最後は 年 月頃)         | いいえ |       |
| これまでに薬や食品(ゼラチン、鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。                                     | はい (薬、食品名 )                      | いいえ |       |
| 近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか。                                                            | はい (予防接種名 )                      | いいえ |       |
| 近親者の中で先天性免疫不全症と診断された方はいますか。                                                               | はい                               | いいえ |       |
| 最近1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。                                      | はい (病名 )                         | いいえ |       |
| 最近1か月以内に予防接種を受けましたか。                                                                      | はい (予防接種名 )                      | いいえ |       |
| 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(予防接種名 )<br>(症状 )              | いいえ |       |
| (予防接種を受けられる方がお子さまの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。                                          | はい (具体的に )                       | いいえ |       |
| (女性の方に) 現在妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか。<br>または授乳していますか。注：接種後約2か月間は妊娠をしないように注意してください。         | はい                               | いいえ |       |
| その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問がありますか。                                             | はい (具体的に )                       | いいえ |       |

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)。 医師の署名または記名押印  
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく  
救済について説明した。また、本剤の接種対象者が2歳以上19歳未満であることを確認した。 \_\_\_\_\_

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性などについて 本人の署名(もしくは保護者の署名)  
理解した上で、接種することを ( 希望します ・ 希望しません )。 \_\_\_\_\_  
(被接種者が自署できない場合、代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載ください。) 代筆者の場合：続柄 \_\_\_\_\_

| 使用ワクチン名                                | 用法・用量                       | 実施場所・医師名・接種日時                          |
|----------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|
| 名 称：フルミスト点鼻液<br>メーカ名：第一三共株式会社<br>製造番号： | 点鼻<br>(各鼻腔0.1mL噴霧)<br>0.2mL | 医療機関名：<br>医 師 名：<br>接 種 日 時： 年 月 日 時 分 |

記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。

## 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン(フルミスト点鼻液)の接種をご希望の方へ

経鼻弱毒生インフルエンザワクチン(フルミスト点鼻液)の接種を実施するにあたり、接種を受けられる方の健康状態を把握する必要があります。そのため、裏面の予診票にできるだけ詳しくご記入の上、医師の診察をお受けください。

なお、お子さまの場合、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

### ワクチンの効果と副反応

本ワクチンはインフルエンザウイルスを弱毒化した生ワクチンです。接種後に体の中で増えたワクチンウイルスに対する免疫ができ、インフルエンザウイルスの感染を予防します。

一方、本ワクチンの接種に伴う副反応として、鼻閉・鼻漏、咳嗽、口腔咽頭痛、頭痛などがみられることがあります。また重い副反応としてショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など)や、海外ではベル麻痺を含む脳神経障害、脳炎、けいれん(熱性けいれんを含む)、ギラン・バレー症候群(手足に力がはいらぬ、しびれ、食べものが飲み込みにくい、呼吸が苦しいなど)、血管炎(発熱、頭痛、倦怠感、紫斑、紅斑など)などが報告されています。

なお、副反応による健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた方または家族が独立行政法人 医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うことになります。

詳しくは独立行政法人 医薬品医療機器総合機構のホームページ(<https://www.pmda.go.jp/>)をご覧ください。

### 予防接種を受けることができない方

- 1) 明らかに発熱している方(通常は37.5℃を超える場合)
- 2) 重い急性疾患にかかっていることが明らかな方
- 3) 過去に本ワクチンに含まれている成分で、アナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のひどいじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと)を起こしたことがある方
- 4) 明らかに免疫機能に異常のある疾患をお持ちの方、免疫抑制をきたす治療を受けている方
- 5) 経口または注射の副腎皮質ホルモン剤を使用している方
- 6) 妊娠していることが明らかな方
- 7) その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した方

### 予防接種を受ける際に医師と相談していただく方

- 1) ゼラチン含有製剤またはゼラチン含有の食品に対して、ショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など)などの過敏症を起こしたことがある方
- 2) 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患などの基礎疾患のある方
- 3) 過去に予防接種で接種後2日以内に発熱、全身性の発疹などのアレルギーを疑う症状がみられた方
- 4) 過去にけいれん(ひきつけ)を起こしたことがある方
- 5) 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方、または近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- 6) 重い喘息のある方または喘鳴の症状のある方
- 7) 薬の服用または食事(鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のもの)で発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある方
- 8) 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている方
- 9) 妊娠中または妊娠の可能性のある方(接種前1か月間避妊していない方)、授乳中の方
- 10) サリチル酸系医薬品(アスピリンなど)、ジクロフェナクナトリウム、メフェナム酸を服用している方

### 予防接種を受けた後は以下の点に注意してください

- 1) 接種後は、ショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など)が起こることがありますので、医師とすぐ連絡が取れるようにしておきましょう。
- 2) 接種当日は過激な運動は避けてください。また、健康状態に十分注意し、体調の変化、高熱などの異常な症状を呈した場合には、すぐに医師の診察を受けてください。なお、接種当日の入浴は差支えありません。
- 3) 妊娠が可能な方は、接種後2か月間は妊娠をしないように注意しましょう。
- 4) 接種後1～2週間は乳児や重度の免疫不全の方との接触を可能な限り控えましょう。

| あなたの接種予定日                                      | 医療機関名 |
|------------------------------------------------|-------|
| <p>月 日 ( ) です。</p> <p>当日は受付に 時 分頃 おこしください。</p> |       |