

鼻腔インフルエンザワクチン（フルミスト[®]）接種前チェック表

【 接種同意書 】

- 怖がってしまい、泣いてしまうようなお子さんの場合、鼻汁が増え、薬液が鼻腔に定着しない可能性があります。その場合は十分な効果が得られない可能性があります。
- 1年以上、喘息発作がないこと（かかりつけの病院で、フルミスト接種を許可された）
- 卵アレルギーはない（治療中ではない）
- アスピリン（川崎病治療薬）は服用していない。
- 同居家族に、乳児・妊婦・免疫力の低下した方はいません。
約1.8%の確率で、周りの方にインフルエンザをうつす可能性があります。
- 1か月以内にほかの生ワクチン（MRワクチン、BCG、水ぼうそう、おたふく、風疹）接種予定はない
- インフルエンザり患2週間以内、COVID-19感染後3週間以内ではない
- 予約後のキャンセルや返金はできないことは了承している（延期は可能です）。
- 接種してから1週間以内に、大切な日程は入っていない。
約60%くらいに風邪症状を発症、インフルエンザ検査すると陽性となることがあります
- 鼻腔接種が何らかの理由でできなかった場合、同日皮下注をする事はできません。

（事務 記載欄） ※ここは記入しないでお持ちください

- 全ての□に チェックがされている
- 確認日：
- 確認者：
- 受領（8800円）

上記について確認し、接種に同意いたします。いかなる場合も、異論は申しません。

本人(接種予定)氏名： _____

____月 ____日 保護者 氏名： _____

連絡先携帯番号： _____

医療法人社団 照 新城テラスクリニック