

フルミストチェックリスト

(氏名：)

- 2歳以上19歳未満である
- 卵・ゲンタマイシン・ゼラチンアルギニン・その他インフルエンザワクチン重篤アレルギー・アナフィラキシーの既往がない
- 重度の免疫不全またはそのような方と関わることはない
- アスピリン服用中ではない
- 抗インフルエンザ薬を服用していない
- ギランバレー症候群の既往がない
- 妊娠中または妊娠の可能性はない
- 体調は万全である（明らかな発熱・鼻水・鼻閉感が強いなどの症状はない）
- 過去4週間以内に別のワクチンを接種していない
(している場合：日付→ /ワクチン名→)

該当するものに
✓をお願いします！

以下の方は接種前に必ず医師へご確認お願いいたします

- ・喘息の治療を行っている方や喘息発作が頻繁にあり1年以内に喘息発作があった方
- ・慢性疾患（心臓・肝臓・腎臓・喘息などの呼吸器、糖尿病、貧血、免疫不全など）をお持ちの方

