

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・ジクロフェナクナトリウム・メフェナム酸を服用中でない
- ☐ 抗インフルエンザ薬を服用していない
- ☐ 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）
- ☐ デュピクセント・ミチーガ治療を行っていない

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

