

FluMist (Nasal Spray Influenza Vaccine) – Medical History

フルミスト（経鼻弱毒生インフルエンザワクチン）予診票（英語版）

Please fill out the form in ballpoint pen within the bolded brackets.

Please circle either in the answer column.

※太ワク内にボールペンにてご記入下さい。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。

		Body temperature before exam 診察前の体温		℃
Office name 事業所名			TEL	() -
belong to 所属				
furigana フリガナ				
Name of patient 受ける人の氏名	☐ Male 男 ☐ Female 女	Date of Birth 生年月日	year年 month月 day日 () years old歳 monthsヵ月)	
Questions 質 問 事 項			Answers 回 答 欄	Doctor's Notes 医師記入欄
1. Did you read and understand the explanation about the vaccination you are about to receive today? 今日受けるインフルエンザの予防接種について説明文（裏面）を読んで理解しましたか			No	Yes
2. Are you feeling sick today at all? 今日、体に具合の悪いところがありますか			Yes	No
3. Are you currently going to the doctor for any sort of illness? 現在、何かの病気で医師にかかっていますか name of a disease病名 () Are you receiving treatment (medication, etc)? その場合、治療（投薬など）を受けていますか Did the doctor treating you say it was alright to get the influenza vaccination? 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言われましたか			Yes	No
4. Have you been sick in the last month? 最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか name of a disease病名 ()			Yes	No
5. Have you ever been diagnosed with a serious illness? 今までに特別な病気にかかり医師の診察を受けていますか ☐ cardiovascular 心臓血管系 ☐ kidneys腎臓 ☐ liver 肝臓 ☐ blood disease血液疾患 ☐ immunodeficiency disease 免疫不全症 ☐ other その他 ()			Yes	No
6. Have you ever had a rash, hives, or other reaction to certain medicines or foods? 薬や食品で皮膚に発しんやじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか ☐ eggs 卵 ☐ chicken 鶏肉 ☐ other その他 ()			Yes	No
7. Have you ever received a flu shot? インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか ①Date last received前回受けたのは () year年 month月頃) ②Have you ever felt sick when doing so?その際に具合が悪くなったことはありますか ③Have you ever been sick during any immunization other than influenza? インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか Immunization Name予防接種名 ()			No	Yes
8. Have you received any immunization other than influenza within 4 weeks? 4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか Immunization Name予防接種名 () day of inoculation接種日 () month月 day日)			Yes	No
9. Have you ever had a seizure (convulsion)? 今までにけいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか			Yes	No
10. Have you ever been diagnosed with respiratory diseases such as interstitial pneumonia or bronchial asthma? 今までに間質性肺炎、気管支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			Yes	No
11. Do you have a close relative with congenital immunodeficiency? 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか			Yes	No
12. Has anyone in your immediate family gotten sick after receiving vaccinations? 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			Yes	No
13. Have any of your family members or friends had measles, rubella, chickenpox, or mumps in the past month? 最近1ヵ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか name of a disease病名 ()			Yes	No
14. (Women only) Are you currently pregnant? (女性の方に) 現在妊娠していますか			Yes	No
15. If there are any other things about your health that you want to tell the doctor, please write them here. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいこと質問があれば具体的に記入ください ()				

Doctor's Notes 医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（実施できる ・ 見合わせた方がよい）と判断します
本人に対して予防接種の効果・副反応及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ました

医師署名又は記名捺印

To be filled in by the person himself 本人記入

I agree to be vaccinated after receiving a diagnosis and explanation from a doctor and understanding the effects and purpose of the vaccination and the possibility of adverse reactions (I agree ・ I do not agree) *Circle one of the boxes below.

signature署名

(For substitute writers: Continuation

（なお、被接種者が自筆できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください。）

使用ワクチン名	用法・用量	接種場所・医師名・接種日
名 称： メーカー名： 製造番号：	経鼻接種 0.2 mL (各鼻腔に 0.1 mLずつ)	医療機関名： 医 師 名： 接 種 日：
		みなとみらい小児科クリニック 渡辺 真 年 月 日

記載いただきました個人情報はワクチン接種の予診にに関してのみ使用します。