FluMist（Nasal Spray Influenza Vaccine）– **Medical History**

フルミスト（経鼻弱毒インフルエンザワクチン）予診票（英語）

***Please write within the boxes.** **接種希望の方へ：太ワク内**にご記入ください。

*Guardians with adequate knowledge of their child's health condition may fill out the form for their child.
お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入ください。

Body temperature before exam 診察前の体温	℃

Address 住所		TEL	
Name of patient 受ける人の名前		Sex 性別	☐Male 男　☐ Female 女
(Guardian's name) （保護者の氏名）		Date of Birth 生年月日	year 年　month 月　day 日 （　years old 歳　(months)ヶ月）

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? 今日受ける予防接種についての説明文を読んで理解しましたか	☐ No いいえ	☐ Yes はい	
2 Is today your first influenza vaccination (flu shot) of this season? 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	☐ No いいえ This is my ____ time 回目	☐ Yes はい	
3 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 ある	☐ No ない	
4 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	☐ Yes はい	☐ No いいえ	
・Are you receiving treatment (medication, etc)? 治療（投薬など）を受けていますか	☐ Yes はい	☐ No いいえ	
・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。	☐ No いいえ	☐ Yes はい	
5 Have you been sick in the last month? 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか	☐ Yes はい	☐ No いいえ	
6 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	☐ Yes はい	☐ No いいえ	
7 Have you ever been diagnosed with interstitial pneumonia, bronchial asthma, or other types of respiratory illnesses? If so, are you currently in treatment? 間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか	☐ Yes はい ____ year 年 ____ month 月頃 ☐Currently in treatment 現在治療中 ☐Not in treatment 治療していない	☐ No いいえ	
8 Have you ever had a seizure (convulsions) ? 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 ある ____ times 回ぐらい The last one was 最後は ____ year 年 ____ month 月頃	☐ No ない	
9 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	☐ Yes ある Medicine or food name:	☐ No ない	
10 Have you or any of your relatives been diagnosed with a congenital immunodeficiency? 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか	☐ Yes はい	☐ No いいえ	
11 Have you, your family, or anyone around you contracted measles, rubella, chicken pox, or mumps in the last month? 1ヶ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	☐ Yes いる	☐ No いない	
12 Have you received any vaccinations in the last month? 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	☐ Yes はい Name of vaccination	☐ No いいえ	
13 Have you ever felt sick after receiving a vaccination? 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	☐ Yes ある Name of vaccination	☐ No ない	
14 (Women only) Are you currently pregnant? （女性の方に）現在妊娠していますか	☐ Yes はい	☐ No いいえ	
15 (If the vaccination is for a child) （予防接種を受けられる方がお子さんの場合） Were there any problems with the child's health during labor, delivery, or infancy? 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	☐ Yes ある ☐labor 分娩時_____ ☐delivery 出生時_____ ☐infancy 乳幼児健診_____	☐ No ない	
16 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があれば、具体的に書いてください。			

医師の記入欄：以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる）本人（もしくは保護者）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、説明した。**医師の署名又は記名押印**

After an examination with the doctor, I have heard and understood the doctor's explanation about the vaccination, its effects and purpose, and the possibility of serious side effects. 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。 ☐Yes, I want to receive the vaccination 接種を希望します ☐No, I do not want to receive the vaccination 接種を希望しません	Patient's Signature (Guardian's Signature) 本人の署名（または保護者の署名） *Patients that are not able to write themselves must have a representative sign and state their relationship to the patient. 自書できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザ HA ワクチン Lot. No	☐0.5ml（3歳以上） ☐0.25ml（6ヶ月以上3歳未満）	みなとみらい小児科クリニック 渡　辺　　眞