

Fluenz チェックリスト (2歳-17歳)			
		接種日(西暦)	年 月 日
被接種者氏名(ローマ字)	性別	生年月日	
	男・女		年 月 日 (歳 ヶ月)
該当する項目を○で囲んでください			
1	以下のものについてアレルギーがありますか 「はい」の場合該当する項目に✓をつけて下さい	はい	いいえ
	<input type="checkbox"/> 卵または卵のたんぱく質 <input type="checkbox"/> ゲンタマイシン <input type="checkbox"/> ゼラチン (Porcine, TypeA) <input type="checkbox"/> スクロール (シヨ糖) <input type="checkbox"/> リン酸水素ニカリウム <input type="checkbox"/> リン酸水素カリウム <input type="checkbox"/> 塩酸アルギニン <input type="checkbox"/> グルタミン酸ナトリウム一水和物 <input type="checkbox"/> 注射用水		
2	免疫不全の状態にありますか	はい	いいえ
3	免疫不全の状態にある方に接触する機会がありますか	はい	いいえ
4	重い喘息症状や喘鳴 (ヒューヒュー音) の症状がありますか	はい	いいえ
5	サリチル酸系のお薬を服用中ですか (例: アスピリンなど)	はい	いいえ
6	妊娠中または授乳中ですか	はい	いいえ
7	抗インフルエンザ薬を内服中ですか	はい	いいえ
8	ひどい鼻づまり、または鼻水の症状がありますか	はい	いいえ
ご署名			
被接種者が16歳未満の場合は親権者様にご署名下さい			