

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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（西暦） |
|  | 男・女 | 年　 　　月　　　 日（　　 　）才 |
| 以下の該当する項目を○で囲む、または✓をいれてください。  1.　年齢 – 24ヶ月以上18歳未満ですか。　　　　　　　　　　　　　　　 　はい　　いいえ  2.　以下のものについてアレルギーがありますか。　　　　　　　　　　 　はい　　いいえ  「はい」の場合、以下の該当する項目に✓を入れてください。   * 卵または卵のたんぱく質 * ゲンタマイシン * ゼラチン（porcine, TypeA） * スクロース　（ショ糖） * リン酸水素二カリウム * リン酸水素カリウム * 塩酸アルギニン * グルタミン酸ナトリウム一水和物 * 注射用水   3.　免疫不全の状態にありますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はい　　いいえ  4.　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  5.　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  6.　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  7.　妊娠中または授乳中ですか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　はい　　いいえ  8.　抗インフルエンザ薬を服用中ですか。　　　　　　　　　　　　　　　　　 はい　　いいえ  9.　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 | | |

署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　.

被接種者が17才以下の場合、親権者もしくは親権者代理人がご署名ください。