

|  |
| --- |
| 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。