

## 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 歳	月 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 | いいえ |
| 「はい」の場合該当する項目に✓をつけて下さい                         |    |     |
| <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