

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 | 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 (ショ糖) | | |
| | <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をご署名下さい