

経鼻弱毒生インフルエンザワクチン（フルミスト®点鼻薬） 予診票

	<<体温>>          度          分
おなまえ	昭和・平成・令和 年          月          日生れ (          才)

1 カ月以内に本人または家族で、 <u>おたふく・水痘・はしか、新型コロナウイルス</u> 等の病気にかかりましたか？	ない ある（病名：          ） かかった日：(          /          /          )
これまでに重度の喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか？	ない ある（病名：          ）
これまでに薬や食品（ <u>ゼラチン・鶏卵・鶏肉</u> など）で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか？	ない ある（種類：          ）
けいれんを起こしたことがありますか？	ない          ある
予防接種で具合が悪くなったことがありますか？	ない          ある
現在 <u>飲み薬</u> を使用していますか？	ない ある：薬の名前
今日は <u>次の症状</u> はありますか？	ない ある 咳・鼻水・下痢・発疹・不機嫌
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問がありますか？	ない ある (具体的に：          )

年          月          日