

フルミスト(経鼻インフルエンザ生ワクチン) 予防接種を御希望の方に

★フルミストについて

フルミストとは、霧状の生ワクチンを直接鼻の中へ吹き付けるタイプのインフルエンザワクチンです。2003年にアメリカで認可され、2011年にヨーロッパでも認可されました。

日本ではまだ無認可のワクチンです。フルミストは4価ワクチンであり、高い予防効果が期待できます。

・対象者：過去にインフルエンザにかかったことがある方、過去に不活化のインフルエンザワクチンを接種したことがある方

・接種回数：1回

・接種年齢：2歳～49歳（年齢が若い方がワクチンの効果が高いと報告されています）

	フルミスト	不活化ワクチン
対象年齢	2歳～49歳	生後6か月以上
有効期間	約1年間	約4か月
投与方法	鼻腔内に噴射	注射
成分	4価	4価
接種回数	1回	12歳以下：2回 13歳以上：1回
価格	8000円	3歳未満：1回3000円 3歳以上：1回4000円

★接種できない方

- ・37.5℃以上の発熱がある方
- ・2歳未満、50歳以上の方
- ・免疫不全の方、免疫不全の方と接触する機会のある方
- ・妊婦、または妊娠の可能性のある方
- ・アスピリン内服中の方
- ・重度の卵アレルギーをお持ちの方
- ・鼻づまりが強い方

★ご注意

・接種時に号泣するお子様の場合、多量の鼻水でワクチンがうまく鼻腔に入らず、効果が弱ってしまうため、接種できない場合があります

・接種時に鼻水・鼻づまりの症状がある場合、効果が半減してしまうため、接種できない場合があります

・接種後の入浴や軽いジョギングなど通常の生活は可能ですが、接種後すぐの過度な運動、スイミングは控えてください

・鼻水、鼻づまり、頭痛、発熱などの副反応がみられることがあります

接種予診票にご記入の上、お越し下さい。もし普段と変わったことがあった場合には、医師にご相談ください。

ふじかわ小児科

【経鼻インフルエンザ生ワクチン(フルミスト)接種】

予診票・同意書

住 所			
氏 名		診察前の体温	度 分
生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日生	(満 歳)
保護者の氏名			
質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
過去にインフルエンザにかかりましたか。昨年までに不活化ワクチンを接種したことがありますか	いいえ	はい	
フルミストについて書かれている説明書を読み、理解しましたか	いいえ	はい	
国内未承認ワクチンであり、補償制度は輸入元の救済補償制度しかないことについて理解しましたか	いいえ	はい	
鶏卵、ゼラチン、薬剤などに強いアレルギー反応を起こしたことがありますか (薬剤・食品名： 、いつ： 、どんな症状：)	はい	いいえ	
今日、身体に具合の悪いところがありますか (具体的な症状：)	はい	いいえ	
最近、1カ月以内に病気にかかりましたか (病名：)	はい	いいえ	
1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか (病名：)	はい	いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか (病名：)	はい	いいえ	
成人の方の場合→心臓、肝臓、腎疾患や糖尿病、喘息などの慢性疾患で現在治療中ですか	はい	いいえ	
接種者が5歳未満の場合→これまで風邪の時などにゼーゼー(喘鳴)した既往がありますか	はい	いいえ	
喘息と診断されている場合→1年以内に喘息発作がありましたか	はい	いいえ	
成人女性の場合→現在妊娠中または1カ月以内に妊娠する可能性がありますか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

保護者(本人)記入欄

医師の診察・説明を受け、フルミストの効果や副反応、補償制度について十分に理解して上で同意し予防接種を希望します。

保護者署名(もしくは本人署名) _____

医師記入欄

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)

医師署名 _____

使用ワクチン名	接種量	接種場所・医師名・接種年月日
FluMist Quadrivalent (MedImmune)	鼻腔内噴霧 0.2ml	医療法人 ふじかわ小児科 医師：藤川泰弘
LotNo.		接種日時：令和 年 月 日