

ID: _____ 氏名: _____

フルミストチェックリスト

ホームページを見て輸入ワクチンであることを理解しています

ワクチンの内容は国産ワクチンと同種のものです

接種非対象者：下記の方は接種できません

2歳未満、50歳以上

卵、ゲンタマイシン、ゼラチン、アルギニン、その他インフルエンザワクチンに

対し重症のアレルギー、アナフィラキシーの既往

重度の免疫不全であるもしくはそのような方と関わることがある

アスピリン服用中（フルミスト接種後4週間はアスピリンを服用しない）

抗インフルエンザ薬服用中

ギランバレー症候群に罹患したことがある

妊娠中である、妊娠の可能性がある

明らかな発熱がある、鼻汁、鼻閉がひどいなど体調がよくない

過去2週間以内に新型コロナワクチンの接種を受けている

慢性疾患（心臓、肝臓、腎臓、喘息などの呼吸器疾患、糖尿病、貧血、神経疾患、免疫不全など）

喘息の既往がある

たかしま耳鼻咽喉科内科