

ID：

弱毒生インフルエンザワクチン『フルミスト点鼻液』を受ける患者様へ
治療同意書

- ☐ 年齢は2歳から18歳です。
- ☐ 発熱などの体調不良はありません。
- ☐ フルミストによってアナフィラキシー症状を呈したことはありません。
- ☐ 免疫機能に異常のある疾患を有していません。また、免疫抑制をきたす治療を受けていません。
- ☐ ゼラチンアレルギー、卵アレルギー、鶏肉アレルギーはありません。
- ☐ 喘息の既往はありません。
- ☐ フルミスト点鼻液の接種後30分間は、ショック、アナフィラキシーなどの副作用が起こることがあります。このようなリスクを十分に理解し、同意の上で接種を希望します。
- ☐ ワクチン接種後副反応として発熱（10%程度）、鼻汁、鼻閉（60%程度）などの感冒症状が出現することがあります。
- ☐ 発熱等の感冒症状が出現した場合、その原因がインフルエンザ感染なのかワクチンの副反応なのかの判断はできません。
- ☐ ワクチン接種後の抗原検査（当院の場合は発熱外来でのみ検査可能）で最大4週間程度インフルエンザ陽性になる可能性があります。
- ☐ ワクチン接種後2週間はインフルエンザ陽性となった場合でも抗ウイルス薬は処方できません。
- ☐ 接種後1～2週間は水平伝播の可能性があるため、重度の免疫不全者および乳幼児、妊娠中の方との密接な接触を避けるべきであることを理解し、これを遵守します。
- ☐ 他の生ワクチンの接種は前後4週間の間隔をあける必要があることを確認し、理解しました。
- ☐ お子様が動いてしまい、上手く投与できなかった場合、再投与はできません。
- ☐ 接種当日に投与方法の変更はできません。

以下、女性の方へのご質問です。

- ☐ 現在、妊娠中、妊娠の可能性はありません。
- ☐ 妊娠可能な女性においては、あらかじめ1ヵ月避妊、ワクチン接種後2ヵ月は避妊をする必要があることを正しく理解し、これを遵守します。

上記の内容について理解し、同意しました。

同意日付： 年 月 日

氏 名：

(患者様が未成年の場合)保護者氏名：