

フルミスト チェックリスト

氏名 _____

事前にご確認の上、**該当しない場合**  をして接種当日にお持ちください。

接種非対象者: 下記の方は接種できません。

- ☐ 2歳未満、19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、
重度のアレルギー、アナフィラキシーの既往
- ☐ 重度の免疫不全である もしくはその様な方とかかわることがある
- ☐ アスピリン服用中 (※基本フルミスト接種後 4 週間はアスピリン服用はしない)
- ☐ 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、妊娠の可能性ある、授乳中である
- ☐ 明らかな発熱がある、鼻汁、鼻閉がひどいなど体調がすぐれない
- ☐ 過去 2 週間以内に新型コロナウイルスのワクチン接種を受けている

接種要注意者: 下記の方は事前にご相談ください。

- ☐ 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)
- ☐ 5 歳未満で喘息の治療を行っている方。喘息発作が頻繁にあり、1 年以内に喘息発作があった方は
ご相談ください。



柏みんなクリニック
イオン柏院

