

点鼻（経鼻）インフルエンザワクチン 接種前チェックリスト

（注射ワクチンの方は提出不要です）

接種者（お子様）氏名	
保護者氏名	
連絡先電話番号	

↓あてはまる場合はチェックマーク ☒ を記入下さい。

- ☐ 喘息ではありません。
- ☐ 周囲（同居している家族など）に免疫が低下している人はいません。
- ☐ 接種予定日の時点で2才以上です。
- ☐ 接種予定日の時点で18才以下です。
- ☐ 重度のアレルギーはありません。
- ☐ ゼラチンアレルギーはありません。
- ☐ 卵アレルギーはありません。
- ☐ ステロイド（外用剤を除く）を使用していません。
- ☐ 免疫力が低下している可能性はありません。
- ☐ 免疫抑制剤を使用していません。
- ☐ 効果について理解しました。
- ☐ 副反応について理解しました。
- ☐ 接種費用について理解しました（高校生に該当する年齢の方は有料です）
- ☐ 上記すべて間違いはありません。

☎質問があれば以下にご記入ください。☎