

該当しない場合は✓をつけ、接種当日にこちらの用紙をお持ちください。

☐ 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しない）

☐ 他院で免疫抑制剤の治療をしている（デュピクセント，ミチーガなど）

☐ 抗インフルエンザ薬服用中

☐ 妊娠中、授乳中である、妊娠の可能性がある

☐ ギランバレー症候群に罹患したことがある

☐ 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

~~~~~  
※以下の方は接種前に必ず医師へご確認をお願いいたします。

- ・ 5歳未満で喘息の治療を行っている方や喘息発作が頻繁にあり1年以内に喘息発作があった方
- ・ 慢性疾患（心臓・肝臓・腎臓・喘息などの呼吸器、糖尿病、貧血、免疫不全など）をお持ちの方