

フルミスト（経鼻弱毒性インフルエンザ生ワクチン）予防接種予約同意書

青梅駅前耳鼻咽喉科

1. 接種対象と制限事項

- ・対象年齢は 2 歳以上～19 歳未満の健康な方
- ・以下に該当する場合は接種できません。

妊娠中 免疫不全 重度の喘息 卵・ゼラチンアレルギー

またご家族にこれらの疾病を有する方や高齢者がいる場合に、可能性は低いですが水平感染のリスクがあるため、ご相談下さい。

2. 接種方法と注意事項

- ・フルミストは鼻から噴霧する生ワクチンであり、注射ではありません。
- ・接種当日は体調を整え、発熱や風邪症状がある場合は事前にご相談ください。
- ・他ワクチンとの接種間隔に制限はありません。
- ・接種後 3～7 日で鼻水や咳などの症状が出ることがあります。
- ・接種をしたことにより、稀ですがインフルエンザを発症する可能性があります。

3. 接種費用（税込）

区分	接種費用（税込）	備考
自費	7500 円	1 回あたり
助成ありの方	3500 円	青梅市在住の 2 歳～13 歳未満対象

4. キャンセル・日程変更

経鼻弱毒性生ワクチン（フルミスト）は工場からの出荷数が限られていること、また保存できる期間が短いため、接種される患者様の人数分のみ取り寄せます。

そのため以下の点を厳守していただき予約をおとりください。

・キャンセル不可です。

正当な理由なく、キャンセルの場合は薬剤費をお支払いいただきます。

・予約日に体調不良ややむを得ない事情で接種不可能な場合は予約した接種の期間内（**前後 2 週間程度**）であれば振替が可能です。お電話にて振替のご連絡をお願いいたします。

5. 同意内容

私は、上記の内容を理解し、フルミスト予防接種を希望し予約します。

接種に伴う効果や副反応についても説明を受け、納得のうえで同意します。

令和 年 月 日 （接種日 令和 年 月 日）

住所：

電話番号：

患者氏名（署名）：

保護者氏名（署名）：