

# フルミストの接種をご希望の方へ

注意事項をご確認ください

## 《以下の方は接種できません》

- ☐ 1 週間以内に発熱があった
- ☐ 今日体調がすぐれない
- ☐ 妊娠中または妊娠の可能性がある
- ☐ 免疫機能が低下する病気にかかっている、免疫抑制剤を使用している
- ☐ 半年以内にステロイド剤の内服・注射治療をした
- ☐ ワクチンで重篤な副反応が出たことがある
- ☐ 全身麻酔による手術を行う予定がある

該当する方は受付にお申し出ください

## 《以下の方は確認が必要です》

- ☐ 現在、卵アレルギーがあり完全に除去している  
(卵を使った加工品も除去している)
- ☐ 現在、ゼラチンアレルギーがある
- ☐ 基礎疾患がある  
(心臓血管・腎臓・肝臓・血液疾患等、経過観察の通院も含む)
- ☐ 現在、5 歳未満で喘息の既往がある
- ☐ 現在、5 歳以上で半年以内に喘息発作を起こした
- ☐ 2 か月以内にけいれんを起こした
- ☐ けいれん疾患で通院している(予防投与や経過観察、てんかん等も含む)
- ☐ ワクチンで体調不良やアレルギーを起こしたことがある
- ☐ 解熱鎮痛剤(アスピリン・ボルタレン・ポントール等)を  
常時服用している
- ☐ 3 週間以内にインフルエンザにかかり「ゾフルーザ」を服用した