

フルミスト説明文書

「フルミスト」はインフルエンザに対する生ワクチンであり、鼻腔内に噴霧するタイプのワクチンです。日本国内では未承認ながら、欧米では多くの国で承認されており、多くの人に接種されています。鼻腔内へ噴霧するワクチンであるため注射のような痛みを伴わないことで、国内でも子供を中心に積極的に選択する人が増えて来ましたが、最近ではむしろこのワクチンのもつ発症予防効果の高さが注目され、発症そのものを避けたいと期待する受験生などの接種が増えているようです。

以下、フルミストについて接種の対象年齢、回数、費用および副反応や注意点について説明します。よくお読みになった上で、接種をご検討下さい。

1. 接種対象

- 年齢 2歳以上 49歳以下

2. 接種回数

- 原則として1回接種
- 2歳～8歳でこれまでインフルエンザに罹患したことがなく、かつ、インフルエンザワクチンを1度も受けたことがない人は、4週間空けて2回接種します。

3. 接種費用

- 1回 8000円（年齢を問わず）

4. 接種できない方

- 鶏卵・ゼラチン・ゲンタマイシン・アルギニンに対してアナフィラキシーなどの重篤なアレルギーがあり接種が禁じられている方。（軽症のアレルギーで医師より許可のある人方は接種可能です。）
- アスピリンを内服している方
- 過去にアスピリン治療やインフルエンザの感染でライ症候群と診断されたことがある方
- 4週間以内に生ワクチンの接種を受けた方
- 4週間以内に抗インフルエンザ薬（タミフル、ゾフルーザ、リレンザ、イナビル、ラピアクタなど）の投与を受けた方
- 免疫不全と診断されている。または、免疫不全の方と接触する機会のある方
- 新型コロナワクチンを含めて2週間以内にその他のワクチンの接種を受けた方

5. 接種を推奨しない方

- 5歳未満で喘息発作や喘鳴の既往がある人。
- 1年以内に喘息発作があった人。
- 慢性疾患(心臓、呼吸器、腎臓、糖尿病、代謝疾患、神経疾患など)があり、治療中である人。
- 妊娠中(または、その可能性あり)や授乳中の方
- 何らかのインフルエンザワクチンでギラン・バレー症候群と診断された方

6. 副反応

- 鼻水、鼻づまり、喉の痛み、発熱、頭痛など風邪様状
- 不活化インフルエンザワクチンでみられるアレルギーなど、その他の副反応が発生する可能性があります。

7. 医薬品健康被害救済制度の対象でないことについて

- フルミストは現状、国内での医薬品承認がされていないため、医薬品による健康被害が発生した場合に国内の救済制度の対象外となります。海外の報告ではフルミストの副反応による重大な健康被害の報告はみられていないようですが、リスクが無いものではありませんので、その点をご理解・ご検討の上、接種についてお決め下さい。

8. 注意事項

- 接種後2週間は抗インフルエンザ薬(タミフル、ゾフルーザ、リレンザ、イナビル、レピアクタなど)の使用は避けてください。
- 鼻汁が多い時期の接種はワクチンが流れて、免疫がつきにくいことが考えられるので、そのような時期の接種は避けてください。接種時に激しく泣いて鼻汁が流れる場合も同様です。
- 接種直後の過度な運動や接種後7日以内のスイミングは控えてください。
- 接種当日でも入浴や軽い運動などの通常の生活は問題ありません。
- 今シーズン既に注射の不活化インフルエンザワクチンを接種されている方で、発症予防効果を手厚くするなどの目的で、「フルミスト」も接種することはできますが、その場合は2週間以上開けてください。但し、不活化ワクチンの2回接種対象者が、2回目接種を不活化ワクチンの代わりとしてフルミストを接種することはできません。不活化ワクチンはそれとして、決められた回数を終了して下さい。

フルミスト（経鼻インフルエンザ生ワクチン）問診票・同意書

住所		診察前の体温 °C		
		生年	昭和・平成	年 月 日
フリガナ		年齢	歳	
受ける人の氏名		男	TEL () -	
保護者の氏名		女		

質問事項	回答欄	医師記入欄
①フルミストについての説明文書を読み理解しましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
②現在日本では未承認のワクチンであり、健康被害について国内の医薬品救済制度の対象外であることを理解しましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
③これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 (ある場合：具体的に)	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
④本日の体調で、具合の悪いところがありますか。 (症状)	ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/>	
⑤鶏卵・ゼラチン・ゲンタマイシン・アルギニンなどでアナフィラキシーなど強いアレルギー反応を起こしたことがありますか。	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
⑥けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。 (ある場合) 歳ころ	ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/>	
⑦4週間以内に生ワクチンの接種を受けたり、または、抗インフルエンザ薬（タミフル、ゾフルザ、リルザ、イビル、レピアクタなど）の投与を受けましたか。	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
⑧次のいずれかに該当する。 ・（5歳未満の場合）喘息発作や喘鳴の経験がある ・（年齢を問わず）慢性疾患（心臓、呼吸器、腎臓、糖尿病、代謝疾患、神経疾患など）があり、治療中である。1年以内に喘息発作があった。	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
⑨免疫不全と診断されているか、免疫不全の方と接触する機会がある。	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
⑩アスピリンを内服中である。	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
⑪過去にアスピリンの治療やインフルエンザの感染でライ症候群と診断された。	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
⑫女性の場合：現在妊娠中（または、その可能性あり）や授乳中ですか。	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
⑬今日の予防接種について質問がありますか。	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	

本人（未成年の場合は保護者）同意・署名欄

説明文書の内容と医師の説明を理解したうえで、接種を（希望します ・ 希望しません）

本人（もしくは保護者）署名

医師記入欄

以上の問診・診察の結果、本日の予防接種は（可能 ・ 見合わせる）

医師署名(または記名・捺印)

使用ワクチン名	接種量・部位	接種場所・医師名
FluMist Quadrivalent	0.2ml 鼻腔内噴霧	接種場所 こどもみらい大島クリニック
Lot No. NK 2858		医師名
		接種年月日 令和 年 月 日