インフルエンザ予防接種　予診票　　なかえこどもクリニック

お名前：　　　　　　　　　　　　　　　　体温：　　　℃

以下　１～３　について　お答えください

１．今日、体に具合の悪いところがありますか　　はい　・　いいえ

具合の悪い症状を書いてください

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２．今日の予防接種についてご質問がありますか　　はい　・　いいえ

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３．下記の重篤な副反応の可能性、救済制度について
理解した上で、接種することに同意しますか　　はい　・　いいえ

本人・または保護者サイン：

以上の結果、今日の予防接種は　実施できる　・　実施しない　と判断します。

なかえこどもクリニック　中江　陽一郎　㊞

接種日：　２０２５年　　　月　　　日

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

インフルエンザワクチンの副反応について：

重い副反応として、アナフィラキシー（重症アレルギー反応）、ギラン・バレー症候群（全身の神経の炎症による身体のマヒ）などがあります。
重い副反応として報告されたケースは令和５年１０月～６年３月では０.０００09％（約１００万回接種につき１回）でした。
ワクチンが原因で重い健康被害が生じた際には、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済の対象となる場合があります。お住まいの市町村の予防接種担当課へご相談ください。