

インフルエンザ予防接種保護者同意書

-未成年（15 歳以上）で接種当日に保護者が同伴しない場合-

～保護者の方へ～

- ✓ 未成年の予防接種の実施にあたっては、原則、保護者の同伴が必要です。ただし、15 歳以上の未成年の方については、保護者の同意があれば保護者の方が同伴しなくとも接種を受けることができます。
- ✓ 同意にあたっては、以下の注意事項等を十分理解した上で、接種することをお決めください。
- ✓ 保護者が接種当日同伴する場合、本同意書は必要ありません。
- ✓ 予防接種当日には、インフルエンザワクチンの予診票に体温以外のすべての項目を記入し、母子手帳と一緒に持ちください。
- ✓ 接種の際、医師の質問に十分答えられない場合は保護者の方の同伴が必要です。
- ✓ 母子手帳を必ず持ちください。

～接種に当たっての注意事項～

● 予防接種を受けることができないお子さん

1. 明らかに 37.5 度以上の発熱がある場合
2. 重い急性疾患にかかっていることが明らかな場合
3. インフルエンザワクチンの成分によって、過去にアナフィラキシーショックをおこしたことがある場合
4. 明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する場合及び、免疫抑制をきたす治療を受けている場合
5. その他、医師が不相当と判断した場合

● 下記のようなことが以前にあった場合には接種を受ける前に必ず医師へ相談の上、接種を受けるか お決めください。

1. 心臓血管疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患などの基礎疾患がある
2. 過去に痙攣（ひきつけ）をおこしたことがある
3. 薬の服用または食事（鶏卵など）で発疹がでたり、体に異常をきたしたことがある
4. 発育が遅く、医師・保健師の指導を受けている
5. 過去に免疫異常を指摘されたことがある
もしくは近親者に先天性免疫不全症の方がいる
6. 過去に予防接種で接種後 2 日以内に発熱、全身性の発疹などのアレルギーを起こしたことがある

～接種を受けた後の注意事項～

1. 接種後 30 分間は、医師とすぐに連絡がとれるようにしてください
2. 接種後、1 週間は副反応の出現に注意してください
3. 接種当日の入浴は差支えがありませんが、接種部位をこすらないようにお気を付けてください
4. 激しい運動は避けてください
5. 接種後、接種部位の異常な反応や体調の変化があった場合には速やかに医師の診察を受けてください

表面の内容をよく読み、十分理解し、納得されたうえでお子さんに接種することを決めてください。接種をさせることを決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。（ご署名がない場合は予防接種を受けることはできません）

同意書

インフルエンザ予防接種を受けるに当たって注意事項等の説明を読み十分理解した上で、子どもが接種をうけることに同意します。

また、予診票の質問事項の回答は、子どもの当日の状態と相違ありません。

なお、本説明書は、保護者の方にインフルエンザの予防接種に対する理解を深める目的に作成されたことを理解の上、本様式が柏の葉耳鼻咽喉科クリニックに提出されることに同意します。

お子様氏名：

保護者氏名（必ず自署）：（続柄：）

住所：

緊急連絡先（自宅・職場・携帯）

記入日

令和 年 月 日