

予防接種保護者同意書

— 未成年で接種時に保護者が同伴できない場合 —

【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 13 歳以上の中学生から 20 歳未満までの方については、保護者の同意があれば保護者の同伴がなくても接種可能です。

予防接種の説明文書に記載されている内容をよく読み、予防接種の目的、効果および副反応などを十分に理解した上で、同意書・予防接種予診表にご記入ください。

母子手帳・保険証の持参を忘れないようお願いいたします。

保護者が接種当日同伴する場合は、本同意書は必要ありません。

同意書

予防接種を受けるにあたり、次項の注意事項等の内容を読み、十分理解したうえで、子どもが接種を受けることに同意します。また、予審票の質問事項の解糖は、子どもの当日の状態と相違ないことを確認いたします。

子どもの氏名			
子どもの生年月日	年	月	日
保護者氏名 (自署)			子どもとの関係 ()
住所	〒		
緊急連絡先 (接種時に連絡がとれる番号)			

記入日 令和 年 月 日

医療法人医信会 石井内科医院
電話：045-561-4704

《同意書に署名される前にお読みください》

【接種に当たっての注意事項】

予防接種は、体調のよい日に行うことが原則です。お子さんの健康状態が良好でない場合には、かかりつけ医と相談の上、接種するかどうか決めてください。お子さんが以下の状態の場合には予防接種を受けることができません。

- 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 予防接種によって、過去にアナフィラキシーショックを起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、および免疫抑制をきたす治療を受けている場合
- ⑤ 4週間(27日間)以内に生ワクチン、1週間(6日間)以内に不活化ワクチンの接種を受けている場合
- ⑥ その他、医師が不適当な状態と判断した場合

【予防接種を受ける前に医師との相談が必要な場合】

- ① 心臓血管疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害などの基礎疾患がある
- ② 過去に予防接種で接種後2日以内に発熱、全身性発疹などのアレルギーを起こしたことがある
- ③ 過去に痙攣（ひきつけ）を起こしたことがある場合
- ④ 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場合
- ⑤ 今回接種する予防接種の成分に対してアレルギー反応を起こす恐れがある場合
- ⑥ 妊娠中、または妊娠の可能性がある場合

【予防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取れるようにしておきましょう
- ② 接種後、1週間は副反応の出現に注意しましょう
- ③ 接種当日の入浴は差し控えありませんが、接種部位をこすることは止めましょう
- ④ 激しい運動は避けましょう
- 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ましょう

【副反応について】

予防接種は感染や重症化を防ぐのに重要なものですが、まれに健康被害の発生が見られます。接種後の発熱、接種部位の発赤・腫脹・痛みなどの軽症なものから、脳炎や神経障害などの重症なものまであります。日本で承認されているワクチンの場合には国の保障制度の対象となります。

実施医療機関	医療法人 医信会 石井内科医院
住所	〒223-0062 横浜市港北区日吉本町 6-26-5
電話番号	045-561-4704

