インフルエンザ予防接種 保護者同意書

－未成年（13 歳～18 歳）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は、原則、保護者の同伴が必要ですが、保護者の同意があれば同意しなくても裏面の同意書をご提示いただくことで接種を受けることができます。
以下の注意事項等を十分理解した上で、接種をご判断・お申込みください。
なお、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。

～接種における注意事項～

1.当院で予防接種を受けることができない方

(1) 37.5 度以上の発熱がある場合
(2) 重篤な急性疾患に罹っている場合
(3) インフルエンザワクチンの成分により、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) 免疫機能に異常のある疾患を有する場合、免疫抑制をきたす治療を受けている場合
(5) 妊娠中、又は妊娠の可能性がある場合
(6) その他、医師が不適当と判断した場合

2.保護者の同伴が必要な方

(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場合
(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場合
(3) 医師の質問に十分答えられない場合

～接種を受けた後の注意事項～

1. 接種後 30 分は、医師と連絡が取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してください
4. 接種当日は激しい運動を避けてください
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

表面の内容を十分理解・納得されたうえで、下記の保護者自著欄に署名してお申し込みください。（ご署名がない場合は、予防接種を受けることができません。）

同意書

記入日　令和　　年　　月　　日

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

また、予診票の質問事項の回答は、子供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、本様式が上土整形外科・スポーツ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 **（必ず自著）**

（続柄：　　）

_____

住 所

_____

緊急連絡先 （自宅・職場・携帯）

_____