

予防接種 保護者同意書

未成年で接種当日に保護者が同伴しない場合

保護者の方へ

- 高校生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、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、各予防接種の説明・注意事項などを十分理解し納得した上で、接種することをお決めください。(同意書内の接種される予防接種に○印をつけてください)
- 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。
- 予防接種当日は各予防接種の予診票に体温以外のすべての項目に記入し、母子手帳と一緒に持ちください。(来院してから記入することもできますが、事前に記入してお持ちいただくと記入漏れを防ぐことができます)
- 各予防接種の説明をよく読み、十分理解し、納得されたうえで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)

接種希望ワクチン(○をしてください)

インフルエンザ 麻疹 風疹 麻疹・風疹混合 水痘 おたふく
B型肝炎 日本脳炎 破傷風 その他()

予防接種を受けるにあたり、注意事項等の説明を読み十分理解したうえで、接種を受けることに同意します。また、各予防接種予診票の質問事項の回答は、接種者の当日の状態と相違ありません。本様式を金子病院へ提出することに同意します。

記入日 令和 年 月 日

接種者氏名 (必ず自署) (続柄)

保護者氏名

住所

緊急連絡先(自宅・職場・携帯)

医療法人あさひ会

金子病院

〒896-0055 鹿児島県いちき串木野市照島6002番地

Tel 0996-33-0011

Fax 0996-33-1713

接種に当たっての注意事項

予防接種の実施においては、体調の良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、医師との相談の上、接種をするか決めてください。また、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. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな場合
3. 受けるべき予防接種の接種液の成分によって、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及び、免疫抑制をきたす治療を受けている場合
5. 4週間以内に生ワクチン、1週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、医師が不適当と判断した場合

また、下記のようなことがあった場合には接種を受ける前に必ず医師へご相談の上、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、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. 過去に痙攣(ひきつけ)をお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かたがいる場合
5. このワクチン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

接種をうけた後の注意事項

1. 接種後30分間は院内で待機し、異常がみられたらすぐに医療スタッフに申し出てください
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支えありませんが、接種部位をこすることはやめましょう
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