

インフルエンザ予防接種 保護者同意書

【未成年（18 歳以下の高校生）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、保護者の同伴をお願いしています。
ただし、15歳から18歳までの高校生については、保護者の書面での同意があれば、特に問題のない場合に限り、保護者の同伴がなくとも接種を受けられます。
- ・ 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。

～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方
 - ① 明らかに発熱がある方
 - ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
 - ③ インフルエンザワクチンによって、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方
 - ④ 明らかに免疫機能に異常のある方、及び、免疫抑制をきたす治療を受けている方
 - ⑤ 4 週間以内に生ワクチン、2 週間以内に不活化ワクチンの接種を受けている方
 - ⑥ その他、医師が不適当と判断した方
- ・ 次にあげる方は接種にあたり保護者の同伴が必要です。
 - 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方
 - 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方、に痙攣（ひきつけ）をおこしたことがある方、免疫異常を指摘されたことがある方
 - ③ インフルエンザ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方
 - ④ 妊娠中、又は妊娠の可能性がある場合
 - ⑤ 予診票の事項を本人が十分にこたえられない場合

～接種を受けた後の注意事項～

- ① 接種後30分間は、必ず医師と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あたり、表面の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、予診票の記入事項は、子どもの当日の状態と相違ありません。

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（接種予定日）
_____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

（この紙を印刷して、クリニックまでお持ちください）