

# インフルエンザ予防接種 保護者同意書

※未成年(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】

- ・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。
- ・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。
- ・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、受けられる方の健康状態をよく把握している保護者が問診票(別紙)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。

## 【接種に当たっての注意事項】

\*以下の方は予防接種を受けることができません

- ①明らかに発熱(通常 37.5℃以上をいいます)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アナフィラキシーを起こしたことがある場合
- ④4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
- ⑤その他、医師が不適切な状態と判断した場合

\*以下の方は予防接種を受けるに際し、医師とよく相談する必要があります

- ①心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害などの基礎疾患のある方
- 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疑う症状のみられた方
- ③過去にけいれん(ひきつけ)を起こしたことがある方
- ④過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方もしくは近親者に先天性免疫不全の人がいる方
- ⑤このワクチンの成分に対してアレルギーを起こすおそれのある方

以下の説明をよく読み、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)。また、来院時の本人の状態により接種が中止となる可能性があることをご了承ください。

## 【ワクチンの効果と副反応】

予防接種により、インフルエンザに感染した際の発症を抑える効果、肺炎や脳症などの重症化を予防する効果が期待されます。

一方、副反応(免疫が付く以外の反応)として以下のものが挙げられます。接種を受けた方の10~20%に注射部位の変化(赤くなる、腫れる、痛みなど)、全身の症状として発熱、頭痛、だるさなどインフルエンザに類似した症状が5~10%くらいに見られます。いずれも数日で症状

は治まります。まれではありますがワクチンに対するアレルギー反応として、アナフィラキシー症状(発疹、痒み、呼吸困難など)があります。接種後すぐに見られるため、院内で必要な対応を行います。注射手技一般に起こることでありますが、痛みに対して血管迷走神経反射(失神、頭痛、めまいなど)を起こす方もいます。非常にまれですが、次のような重篤な副反応が起こることがあります。①ショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難など)、②急性散在性脳脊髄炎(接種後数日から2週間以内の発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害など)、③脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、④ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)、⑤けいれん(熱性けいれんを含む)、⑥肝機能障害、黄疸、⑦喘息発作、⑧血小板減少性紫斑病、血小板減少、⑨血管炎(IgA 血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、白血球破碎性血管炎等)、⑩間質性肺炎、⑪皮膚粘膜眼症候群、⑫ネフローゼ症候群など。いずれも接種後1か月以内に起こるとされています。気になる症状が見られる場合には、すぐに医師に相談してください。

なお、健康被害(入院が必要な程度の疾病や障害など)が生じた場合については、健康被害を受けた人または家族が医薬品医療機器総合機構(PMDA)に救済制度の申請を行うこととなります。

#### 【ワクチン接種後の注意】

- ①インフルエンザワクチンの接種を受けたあと30分間は、急な副反応が起きることがあります。接種した医療機関に留まるなどして、医師とすぐに連絡がとれるようにしておきましょう。
- ②接種部位は清潔に保ちましょう。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。
- ③接種当日はいつも通りの生活をしていただいてもかまいません。ただし、激しい運動は避けましょう。
- ④万一、接種後、接種局所の異常反応や体調の変化があらわれた場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

---

## 同意書

予防接種(インフルエンザ)を受けるに当たり 注意事項等の説明を読み十分理解した上で、接種を受けることに同意します。

保護者署名 \_\_\_\_\_ お子様氏名 \_\_\_\_\_

記入日

年 月 日

# インフルエンザ予防接種問診票

任意接種

住所		TEL	
ふりがな		生年	年 月 日
氏名		月日	( 歳 か月)
保護者名			

下記の質問項目に必要な事項を記入し、解答欄のどちらかに○をつけてください。

1	今季、インフルエンザ予防接種は何回目ですか。	1回目 2回目
2	今日、体に具合の悪いところがありますか。 (具体的な症状; )	はい いいえ
3	これまでにけいれんを起こしたことがありますか。 「はい」の方、熱性けいれんですか。	はい いいえ はい いいえ
4	現在、治療中の病気はありますか。 (病名; ) 「はい」の方、診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいことを確認しましたか。	はい いいえ はい いいえ
5	卵でアナフィラキシーを起こしたことはありますか。	はい いいえ
6	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 (予防接種名; 症状; )	はい いいえ
7	最近1か月以内に予防接種を受けましたか。 (予防接種名; 接種日; 月 日)	はい いいえ
8	今日の予防接種について質問がありますか。	はい いいえ

## 保護者記入欄

予防接種の説明を理解し、接種を希望しますか。  
(接種を希望します・接種を希望しません)

<保護者の署名>

## 医師記入欄

問診及び診察の結果、今日の予防接種は**実施できる**と判断します。

Lot No.		東京都葛飾区新宿6-2-15 シティテラスモール金町
皮下接種	<input type="checkbox"/> 0.25mL <input type="checkbox"/> 0.5mL	みらいこどもクリニック
接種年月日	年 月 日	伊藤健一郎