

# 予防接種同意書

予防接種は体調の良いときに受けましょう。受ける方が未成年の場合、保護者はお子さんの体質・体調など健康状態に配慮してください。

未成年の方は保護者の同意が必要ですので、保護者の署名をして提出してください。

## 【予防接種に注意を要する方】

- ①心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患や発育障害などで治療を受けている方。
- ②過去に予防接種後 2 日以内に発熱・じんま疹・呼吸が苦しい、等のアレルギー症状がみられた方。
- ③過去にけいれんを起こしたことがある方。
- ④過去に本人や近親者に免疫不全を指摘されたことがある方。
- ⑤薬や食べ物にアレルギーがある方。
- ⑥間質性肺炎・気管支喘息など呼吸器疾患のある方。

上記に該当する方は、かかりつけ医に予防接種をしてもよいか前もって相談をしてください。受ける場合は、その医師のところで接種するか、診断書をもらって予防接種を受けるようにしてください。

## 【予防接種を受けることができない方】

- ①明らかに発熱（37.5℃以上）している方。
- ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方。
- ③過去に、今回と同じ予防接種を受けてアレルギー症状が出たことがある方。
- ④妊娠している方。
- ⑤その他、上記の内容に当てはまらなくても医師が不適當と判断した場合。

## 【ワクチンの副作用】

- ・注射部位の発赤、腫脹、かゆみ、疼痛。
- ・発熱、倦怠感、頭痛、関節痛、動悸。
- ・鼻汁、咳嗽。
- ・リンパ節腫脹、下痢、嘔吐、食欲不振。

- ・アレルギー症状（発疹・じんま疹・湿疹・紅斑・かゆみ・血管のむくみ）
- ・アナフィラキシーショック（じんま疹・呼吸の苦しさ・唇のむくみ・咽頭浮腫など）
- ・血小板減少性紫斑病（接種してから3週ごろにあざ、鼻出血、口腔粘膜出血など）

予防接種を受けた後の30分間は、急な副作用が起こることがあります。

様子を観察し、医療機関とすぐ連絡がとれるようにしましょう。

接種部位は清潔にしてください。入浴は可能ですが、こすることは控えましょう。

接種当日はいつも通りの生活でかまいませんが、激しい運動は控えましょう。

予防接種により重く症状が生じた場合は速やかに医師の診察を受けてください。

健康被害が生じた場合は、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済制度の対象となる場合があります。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副作用反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。

○をつけてください（接種を希望します ・ 接種を希望しません）

本人の署名 \_\_\_\_\_

未成年の場合保護者の署名 \_\_\_\_\_

神奈川県横浜市西区岡野町 1-14-1 メディカルセンタービル 3階

横浜岡野町クリニック

045-314-2311