

未成年者予防接種同意書

未成年者の予防接種実施にあたっては、保護者の同伴が原則必要です。
ただし、中学卒業後の15歳から成人になるまでの方においては保護者がどうしても同伴できない場合、予診票や下記の内容を読み、十分納得した上でこの同意書に保護者が自ら署名することで同伴がなくても予防接種を受けることができます。
副反応として、アレルギー反応・アナフィラキシーショック※などの重篤な症状を起こすことがあります。以前予防接種を行った際やお薬使用に対して何らかの症状がでたことがある方は保護者の同伴の上、受診されますようお願いいたします。

※アレルギー反応・アナフィラキシーショックの代表的な症状

じんましん、かゆみ、皮膚が赤くなる、唇・舌・口の中の腫れ、まぶたの腫れ、息切れ、咳、ゼーゼー・ヒューヒュー音、動悸、意識障害、血圧低下、倒れる、失禁、その他呼吸困難、死に至るショックなど

私（保護者氏名： _____）は、子（お子様氏名： _____）に

予防接種（ワクチン名： _____）を

接種させることにより、下記事項に同意いたします。

- 一、上記の説明文を読んでワクチンの副反応を十分理解し、書かれた内容に同意いたします。
- 一、お子様が副反応等により急変した場合、保護者は連絡に伴い来院することに同意いたします。
- 一、副反応が出現した場合、当院で治療を受けることや、必要に応じて専門医療機関へ搬送となることに同意いたします。また場合によっては治療が優先し、治療内容がやむを得ず事後報告となることに同意いたします。
- 一、料金は当院規定による金額を支払います。

年 月 日

お子様氏名： _____

保護者氏名： _____ ㊞

緊急連絡先： _____

（当日保護者との連絡が取れる電話番号）

[] 予防接種予診票

		診察前体温	度	分
住 所			TEL ()	—
(フリガナ)		男	生年月日	
受ける人の氏名		女	年	月 日 (歳)

質 問 事 項	回答欄		医師記入欄
①本日具合の悪いところがありますか？ (症状)	はい	いいえ	
②最近1か月以内に熱が出たり病気にかかったりしましたか？ ()	はい	いいえ	
③特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経の病気、免疫不全、血液疾患 その他）にかかったことはありますか？ (病名)	はい	いいえ	
その病気の主治医には本日の予防接種を受けてもよいと言われましたか？	はい	いいえ	
④けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか？ (歳頃)	はい	いいえ	
⑤薬や食品（卵など）で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、からだの具合が悪くなった ことがありますか？ (薬品・食品名)	はい	いいえ	
⑥4週間以内に、何か他の予防接種を受けましたか？ ()	はい	いいえ	
⑦今までに受けた予防接種で、具合が悪くなったことがありますか？ (ワクチン名・症状)	はい	いいえ	
⑧6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか？	はい	いいえ	
⑨未成年者は、生まれた時の体重が少なかったり、出生時・出生後・乳児検診などで 異常があるとされたことがありますか？ (内容)	はい	いいえ	

[医師記入欄]

以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は（可能・見合わせ）とする。

医師署名または記名捺印

[同意欄]

予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解したうえで、接種することを希望します。

本人署名 _____ 緊急連絡先 () _____
(未成年者の場合、保護者の署名) (未成年者の場合のみ記入)

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名	
ロット番号	皮下注射・筋肉内注射	実施場所	神明病院
メーカー名		医師名	
	ml	接種年月日	年 月 日