

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^{※1}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^{※2}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。

※1 令和4年4月1日から、18才から成人とします

※2 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。

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）