

自費予防接種 保護者同意書

－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、保護者の同伴が必要です。
ただし、高校生の方については、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。
- ・ 同意にあたっては、次頁の注意事項等の内容を十分理解した上で、接種することをお決め下さい。
- ・ 保護者が接種当日同伴する場合、本同意書は必要ございません。
- ・ 母子手帳は必ずお持ちください。

同意書

晴海トリトン夢未来クリニックで自費予防接種を受けるに当たり、次頁の注意事項等の内容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、予診票の質問事項の回答は、子どもの当日の状態と相違ないことを確認します。

子どもの氏名

子どもの生年月日 西暦 年 月 日

保護者氏名(必ず自署) (子どもとの関係:)

住 所

緊急連絡先 (自宅・職場・携帯)
(子どもとの関係:)

記入日
西暦 年 月 日

~接種に当たっての注意事項~

予防接種の実施においては、体調の良い日に行うことが原則です。お子さんの健康状態が良好でない場合には、医師と相談の上、接種するか決めてください。また、お子さんが以下の状態の場合には予防接種を受けることができません。

- ① 明らかに 37.5 度以上の発熱がある場合
- 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 ワクチンの成分によって、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場合
- ④ 明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する場合及び、免疫抑制をきたす治療を受けている場合
- ⑤ 4 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
- ⑥ その他、医師が不適当と判断した場合

また、下記のような事が以前あった場合には接種を受ける場合に必ず医師へご相談の上、接種を受けるかお決め下さい。

- 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場合
- 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場合
- ③ 過去に痙攣（ひきつけ）をおこしたことがある場合
- ④ 過去に免疫異常を指摘されたことがある。若しくは近親者に先天性免疫不全症の方がいる場合
- ⑤ ワクチンの成分に対してアレルギー反応を起こす恐れがある場合
- ⑥ 妊娠中、又は妊娠の可能性がある場合

~接種を受けた後の注意事項~

- ① 接種後 30 分間は、医師とすぐに連絡がとれるようにしておきましょう
- ② 接種後、1 週間は副反応の出現に注意しましょう
- ③ 接種当日の入浴は差支えがありませんが、接種部位をこすることはやめましょう
- ④ 激しい運動は避けましょう
- 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ましょう