CLINIC FOR

中学生・高校生で接種当日に保護者が同伴しない場合の

インフルエンザ予防接種_保護者_同意書

接種を希望する方が「中学生・高校生」で接種当日に保護者の方が同伴できない場合には、こちらの記入が必要です。予防接種を受けられる際に、こちらの同意書を提出してください。

当日提出できなかった場合には、1週間以内にクリニック受付まで提出していただく、もしくは contact@clinicfor.life に写真をメールで送付してください。

クリニックフォアグループ様

1. インフルエンザ予防接種を受けるにあたって、説明書の内容を理解した上で、子どもに接種を受けさせることに同意します。
2. 問診票の質問事項の回答は、当日の状態と相違しないことを確認し、接種に同意します。

お子様の氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿西暦＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日.生

保護者様氏名 (※必ず自署)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご住所＿＿

緊急連絡先＿＿

※接種当日、保護者と緊急連絡が取れる電話番号

（記入日）＿＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

インフルエンザワクチンの接種について

インフルエンザの予防接種を実施するに当たって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、表面の予診票に出来るだけ詳しくご記入ください。お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入下さい。

[ワクチンの効果と副反応]

予防接種により、インフルエンザ感染を予防したり、症状を軽くすることができます。また、インフルエンザによる合併症や死亡を予防することが期待されます。
一方、副反応は一般的に軽微です。注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなることがありますが通常は2〜3日で消失します。発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、めまい、リンパ節腫脹、嘔吐、下痢などもまれに起こります。強い卵アレルギーのある方は強い副反応を生じる可能性がありますので必ず医師に申し出て下さい。非常にまれですが、次のような副反応が起こることがあります。(1) ショック、アナフィラキシー様症状（蕁麻疹、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) ギラン・バレー症候群（両手足のしびれ、歩行障害など）、(4) 肝機能障害、黄疸、(5) 喘息発作。このような健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人又は家族が独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うことになります。

[予防接種を受けることができない人]

1，明らかに発熱のある人（37.5℃を超える人）
2，重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
3，過去にインフルエンザワクチンの接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある人
　なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いで下さい。
4，その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した人

[予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない人]

1，心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
2，発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
3，カゼなどのひきはじめと思われる人
4，予防接種を受けたときに、２日以内に発熱、発しん、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた人
5，薬の投与又は食事（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことのある人
6，今までにけいれんを起こしたことがある人
7，過去に本人や近親者で検査によって免疫状態の異常を指摘されたことのある人
8，妊娠の可能性のある人
9，気管支喘息のある人

[ワクチン接種後の注意]

1，インフルエンザワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応が起きることがあります。医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。
2，接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすることはやめましょう。
3，接種当日は、接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
4，万一、高熱やけいれん等の異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内にご記入下さい。

診察前の体温	度　　分

住　　所		TEL.（　　）　　－		
フ リ ガ ナ		男・女	生年月日	年　月　日生
受ける人の氏名				（　歳　カ月）
（保護者の氏名）				

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1．今日受ける予防接種について説明文（裏面）を読んで理解しましたか。	いいえ	は　い	
2．今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。	いいえ（　　回目）	は　い	
3．今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある（具体的に）	な　い	
4．現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい（病名） 薬をのんでいますか（いる・いない）	いいえ	
5．最近1カ月以内に病気にかかりましたか。	はい（病名）	いいえ	
6．今までに特別な病気（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気）にかかり医師の診察を受けていますか。	いる（病名）	いない	
7．近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
8．今までけいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか。	ある　　回ぐらい 最後は　　年　　月ごろ	な　い	
9．薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	ある（薬または食品の名前）	な　い	
10．これまで気管支喘息と診断され、現在、治療中ですか。	はい　　年　　月ごろ （現在治療中・治療していない）	いいえ	
11．これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか。	ある（予防接種名・症状　　）	な　い	
12．1カ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	ある（病名）	な　い	
13．1カ月以内に予防接種を受けましたか。	はい（予防接種名：　　）	いいえ	
14．（ご婦人の方に）現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
15．（接種を受けられる方がお子さんの場合）分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	ある（具体的に）	な　い	
16．その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いて下さい。			

医師の記入欄　　**医師の署名**

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は可能。

予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望します。	本人の署名（もしくは保護者の署名）

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザHAワクチン	皮下接種 0.5 mL	実施場所　：クリニックフォア(田町・新橋・有楽町・大手町・飯田橋・四谷) 医　師　名： 接種日時　：　　年　　月　　日