

## インフルエンザ予防接種同意書

★保護者のかたへ：下記をよくお読みください。

インフルエンザ予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。接種させることを決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。

**※同意書に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。**

予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び(独)医薬品医療機器総合機構法及び特別区自治体総合賠償責任保険に基づく救済制度などについて理解した上で、子どもに接種させることに同意します。  
なお、本様式が区に提出されることを了承します。

年 月 日	
接種対象者氏名	
接種対象者生年月日	年 月 日
保護者住所	目黒区 丁目 番 号
接種当日の緊急連絡先	氏名 ( ) 母・父・祖父母・その他 ( ) 電話 ( ) ー
保護者自署	

※「同意書」は、13歳から15歳(中学校3年生)までのお子さんがインフルエンザ予防接種を受けるに当たり、保護者が同伴しない場合に必要となる書類です。お子さんが一人で予防接種を受ける場合は、この「同意書」を接種する医療機関に提出してください。

※予防接種の前には、「予診票」(子どものインフルエンザ予防接種費用助成事業の予診票は医療機関に設置)の質問事項に回答していただきます。

次ページに「予診票」の質問事項を掲載していますので、お子さんが一人で予防接種を受ける場合は、質問事項に回答できるようにご準備ください。

<お問い合わせ>

【保健予防課予防接種係】

〒153-8573 目黒区上目黒2-19-15

☎03-5722-7047

# 接種前の質問事項

○接種する前に、実施医療機関に備え付けてある「予診票」に必要事項を記入していただきます。医師が接種の可否を判断する際の資料です。

○下記の質問事項は、「予診票」に記載されているものです。

○13歳から中学校3年生までのお子さんは、保護者が作成した「同意書」を持参すれば、保護者の同伴がなくても接種できます。

その際は、下記の質問事項に回答できるようにご準備ください。

質問事項		回答欄	
1	今日受ける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ていますか。	いいえ	はい
2	今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ
	具体的な症状( )		
3	現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 病名( )	はい	いいえ
4	最近1か月以内に病気にかかりましたか。 病名( )	はい	いいえ
5	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。 病名( )	はい	いいえ
	その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。		
6	今までに気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断されたことがあり、現在治療中ですか。	はい	いいえ
7	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 ( )歳頃	はい	いいえ
	そのときに熱が出ましたか。		
8	薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ
9	近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	はい	いいえ
10	1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。	はい	いいえ
	病名( )		
11	1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ
	予防接種名( ) 接種日 / ( )		
12	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ
	予防接種名( )		
13	分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい	いいえ
14	今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ