

インフルエンザ予防接種同意書

※同意書に保護者の署名がないと予防接種は受けることができません。

- ・ インフルエンザ予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、医薬品医療機器総合機構法の救済制度（PMDA）について、理解したうえで、子どもに接種させることに同意します。
- ・ この同意書及び「中野区小児インフルエンザ予防接種予診票」が区に提出されることに同意します。
- ・ この任意予防接種に係る助成金の申請と請求を実施医療機関及び中野区医師会へ委任することに同意します。

記入日	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	中野区 丁目 番 号
接種当日の	氏名（ ）母・父・祖父母・その他（ ）

緊急連絡先	電話（ ） -
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、実施医療機関に設置されている「中野区小児インフルエンザ予防接種予診票」の質問事項に回答していただきます。

次ページに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。

〈問い合わせ先〉

東京都中野区中野２－１７－４

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「中野区小児インフルエンザ予防接種予診票」に必要事項を記入していただきます。
- 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」をお持ちすれば、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ご準備ください。

※質問事項は医師が接種の可否を判断する資料となります。

質 問 事 項		回 答 欄	
1 今日受ける予防接種について区から配られている説明書を読みましたか。		いいえ	はい
2 あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。			
出生体重 () g	分娩時に異常がありましたか。	は い	いいえ
	出生後に異常がありましたか。	は い	いいえ
乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか。		は い	いいえ
3 今日、体に具合の悪いところがありますか。		は い	いいえ
具体的な症状を書いてください。 ()			
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 1か月以内に家族や遊び仲間にインフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 病 名 ()		は い	いいえ
6 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 / ()		
7 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、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。		は い	いいえ
8 現在、ステロイド剤（内服）や免疫抑制剤など、特別な薬の投与を受けていますか。		は い	いいえ
9 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。		は い	いいえ
10 薬や食品（特に鶏卵・鶏肉など）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
11 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
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 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。		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