

インフルエンザ予防接種に関する同意書

インフルエンザ予防接種について

インフルエンザ予防接種の目的は、1)インフルエンザの予防 2)インフルエンザに罹った場合、症状を軽くする 3)インフルエンザを他の人にうつさないようにする、の3点があります。

アメリカでは2種類のインフルエンザワクチンがあり、殺菌されたウィルスを使った注射剤と弱毒化したウィルスを使った点鼻用スプレーがあります。インフルエンザワクチンは、アメリカの国立防疫センターがその年に流行が予想されるインフルエンザの型を選択し、これに基づいて製造されています。まれに副作用として、接種後48時間以内に注射した部位に痛みを感じたり、発熱、倦怠感、筋肉痛等が起こることがあります。点鼻用スプレーの場合は風邪症状（鼻水、咳、頭痛、筋肉痛、倦怠感）が起こることがあります。

注意の必要な方

- ・2歳未満のお子さま、妊娠中または授乳中の方は、主治医の指示を仰いでください。
- ・卵、卵製品、予防接種でアレルギーを起こした事がある方は、主治医の指示を仰いでください。
- ・熱のある方、急性の呼吸器系の病気の方は、主治医の許可が出るまで予防接種はお控えください。
- ・お子様でアスピリンを飲まれている場合、点鼻用スプレーのワクチンはご利用いただけません。

下記の質問にお答えください

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ① 卵、卵製品にアレルギーはありますか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ② インフルエンザの予防接種後に、アレルギーを起こしたことはありますか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ③ 現在、熱や風邪の症状はありますか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ④ ギランバレー症候群、その他の神経系の病気にかかったことはありますか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑤ 4週間以内に他の予防接種を受けましたか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (⇒「はい」とお答えの方は、予防接種名をお書きください _____) | | |
| ⑥ 病気や免疫抑制剤の服用により、免疫機能が低下していますか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑦ 年齢は、2歳未満ですか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑧ アスピリンを飲んでいますか? | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑨ 女性の方のみお答えください | | |
| 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (⇒「はい」とお答えの方は、医師の許可を得ましたか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ) |
| ⑩ 9歳未満のお子様への質問 | | |
| 過去にインフルエンザの予防接種を2回受けましたか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

私（未成年の場合は、保護者の方）は、上記の内容をよく読み、インフルエンザの予防接種を受けるにあたっての利点とその副作用を理解しました。その上で、私はインフルエンザの予防接種を受ける事に承諾致しました。

患者さまのお名前： _____ 日付： _____ / _____ / _____

※（ローマ字で記入）

患者さまの署名（未成年の場合は保護者の署名）： _____

お誕生日： _____ / _____ / _____ 年齢： _____ 歳