

# 予防接種 保護者同意書

未成年（15～17歳）で接種当日に保護者が同伴しない場合

## 保護者の方へ

未成年の予防接種に際しては、原則として保護者の同伴が必要です。ただし、15～17歳の方については、保護者の同意があれば、保護者が同伴しなくても接種を受けていただくことが可能です。

同意にあたっては、以下の注意事項を十分にご理解のうえ、接種を決定してください。

なお、保護者が接種当日に同伴する場合、本同意書の提出は不要です。

接種当日には、予防接種の予診票に体温以外のすべての項目を記入してお持ちください。

また、接種の際に医師の質問に十分答えられない場合は、保護者の同伴が必要となります。

## 接種に当たっての注意事項

以下のお子様は予防接種を受けることができません：

1. 明らかな発熱がある方
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
3. 本ワクチンの成分によりアナフィラキシーを呈したことがある方
4. 上記に該当するほか、予防接種が不適當な状態にあると判断された方

## 接種後の注意事項

1. 接種後30分間は、すぐに医師と連絡が取れるようにしてください。
2. 接種後1週間は、副反応が出現しないか注意してください。
3. 接種当日の入浴は問題ありませんが、接種部位をこすらないようにご注意ください。
4. 激しい運動は避けてください。
5. 接種後に接種部位の異常や体調の変化があった場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

表面の内容をよく読み、十分に理解・納得されたうえで、お子様に接種させるかご判断ください。

接種させることを決定した場合、下記の保護者自署欄に署名をお願いいたします。

**※署名がない場合は予防接種を受けることができません**

## 同意書

予防接種を受けるにあたり、注意事項等の説明をよく読み、十分に理解したうえで、子どもが接種を受けることに同意します。また、予診票の質問事項の回答について、子どもの当日の状態と相違ないことを確認します。

なお、本説明書は保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的で作成されたものであり、本様式が桜台わいわい整形外科に提出されることに同意します。

お 子 様 氏 名

保護者氏名（必ず自署）

（続柄： ）

住 所

（自宅・職場・携帯）

緊 急 連 絡 先

記入日 令和 年 月 日