

未成年者へのワクチンについての説明書 兼 同意書

未成年者のみが来院してワクチン接種を受ける予定ですので、親権者のご理解と同意が必要となります。以下の内容をお読み頂き、十分にご理解頂きましたら、日付と署名のご記入をお願いいたします。

国内承認されているワクチンですので、十分な有効性、安全性が確保されていますが、ワクチンの効果は100%ではありません。効果を発現するためには、接種後一定期間経過する必要があります。また追加接種が必要な場合もあります。体質的に十分な免疫ができない場合もあります。	
副作用について	接種部位の発赤、腫脹や痛み、発熱、倦怠感、頭痛、乳幼児では不機嫌、傾眠など。 アレルギー反応、アナフィラキシー・ショック。 頻度は低いですが、脳炎、脳症、神経障害、ギラン・バレー症候群、これらに起因する死亡など。
注意事項	体調の悪い場合、風邪をひいている場合、37.5℃以上の発熱がある場合には接種を延期します。 過去に、このワクチンでアナフィラキシー・ショックを起こしたことがある方には接種できません。

Town Clinic En 院長 宛

上記のとおり説明を受け、理解しましたので、その実施に同意します。また、ワクチン接種後にアナフィラキシー・ショックなどの緊急事態が生じた際、医師の判断に基づいて最良の救命処置(他院への救急搬送を含む)を実施することに同意します。

____年 ____月 ____日

親権者氏名 _____ (本人との関係: _____)