

◇ インフルエンザワクチン接種同意書 ◇

以下の説明を読んで同意された方のみご記入(署名)下さい

インフルエンザワクチンはインフルエンザウイルスの感染を予防する目的で使用します。体調不良の方、重篤な感染症に罹患されている方や免疫不全状態の方、アレルギー体質の方などは接種により副反応がおこる可能性がありますので前もって医師に申し出て下さい。

副反応として局所の発赤や蕁麻疹その他のアレルギー反応、まれに脳炎やアナフィラキシーショックなど重篤な反応をおこす事があります。また妊娠2-3ヶ月目の妊婦では胎児に影響をおこす可能性があります。ワクチンの有効性や安全性その他副反応に関し疑問がある方は医師にご相談ください。また副反応発症に対し治療が必要な場合、健康保険は使用できませんが自己負担分はお支払いして頂く必要があります。ただし知的障害などの重篤な健康被害に対しては国からの金銭的補助を申請する事ができます。

妊娠中に接種を受けた場合、発熱・体調不良等が出現した際は早急にかかりつけ産婦人科へ受診することが必要です。

インフルエンザワクチンの効果と副反応を理解し接種に同意します。

名前

昭和・平成

保護者氏名