

日本脳炎予防接種 【同意書】

〔特例対象者(13歳以上16歳未満)が保護者を同伴しない場合〕

○保護者の方へ：下記事項をよくお読みください

日本脳炎の予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度について理解しました。また、子どもの病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮したうえで、接種させることに同意します。

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のために作成されたことを理解のうえ、本様式が盛岡市に提出されることに同意します。

保護者自署

住 所

緊急の連絡先

※ 本様式は、平成7年4月2日から平成19年4月1日までの間に生まれた者を対象として実施する日本脳炎の予防接種において、**13歳以上16歳未満の者が保護者を同伴しない場合に必要**となるものです。お子さんが1人で予防接種を受ける場合は必ずこの「同意書」と「予診票」を持参させてください。(13歳未満の者は保護者の同伴が必要です。)

予診票にも保護者の署名がないと予防接種が受けられません。

※ 保護者の署名は、上記の署名欄と「日本脳炎予防接種予診票」中の保護者自署部分の、**2箇所必要**です。

接種後の注意

予防接種後、30分以内に稀にアナフィラキシー、又は接種による心因性ショック様症状を起こすことがありますので、30分間は病院内で様子を見るか、連絡が取れるような状況にしてください。

アナフィラキシーとは、通常30分以内におこるひどいアレルギー反応のことで、発汗、顔が急に腫れる、全身にひどいじんましんが出るほか、吐き気、嘔吐、声が出にくい、息が苦しいなどの症状に続き、ショック状態になるような激しい全身反応のことで

担当

盛岡市保健所 指導予防課
予防接種担当

電 話 019-603-8307