

ワクチン接種同意書

■ワクチン接種を受けるときの確認事項■

を確認の上ワクチン接種に同意します。

ワクチン接種を受ける者 氏名 _____

ワクチン接種に同意する者 氏名 _____ (印)

(続柄: _____)

(本紙は、医療機関に提出願います)

■ワクチン接種を受けるときの確認事項■

- ・ 37.5℃以上の発熱はしていませんか。
- ・ 副腎皮質ステロイド剤や免疫抑制剤などの治療を受けていませんか。
- ・ 先天性及び後天性の免疫不全状態ではありませんか。
- ・ 過去にアナフィラキシーショックを起こしたことはありませんか。
- ・ 6か月以内に、 γ グロブリンの注射を受けていませんか。
- ・ ラテックス過敏症はありませんか。
ラテックス過敏症とは、ラテックスを含む製品に対する、即時型の過敏症です。
バナナ、クリ、キウイ、アボガド、メロンにアレルギーがある場合も含まれます。
アレルギーとは、単に嫌いで食べられないことではありません。
- ・ 他のワクチンとの間隔は適切ですか。
よくわからないときは、学生課にお問い合わせください。
- ・ 女性の方、妊娠の可能性はありませんか。