



GUAM TRAVELERS CLINIC

TUMON BAY CENTER 106

1051 PALE SAN VITORES ROAD, TUMON, GUAM 96913

インフルエンザ予防接種に関する同意書

インフルエンザ予防接種について

インフルエンザ予防接種の目的

- 1) インフルエンザの予防
- 2) インフルエンザに罹った場合、症状を軽くする
- 3) インフルエンザを他の人にうつさないようにする

季節性のインフルエンザワクチンは、アメリカの国立防疫センターがその年に流行が予想されるインフルエンザの型を選択し、これに基づいて製造されています。まれに副作用として、接種後 48 時間以内に注射した部位に痛みを感じたり、発熱、倦怠感、筋肉痛等が起こることがあります。

注意の必要な方

- ・ 卵、卵製品、予防接種でアレルギーを起こした事がある方は、主治医の指示を仰いでください。
- ・ 熱のある方、急性の呼吸器系の病気の方は、主治医の許可が出るまで予防接種はお控えください。
- ・ お子様でアスピリンを飲まれている場合、点鼻用スプレーのワクチンをご利用いただけません。

下記の質問にお答えください

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| ① 卵、卵製品にアレルギーはありますか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ② インフルエンザの予防接種後に、アレルギーを起こしたことはありますか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ③ 現在、熱や風邪の症状はありますか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ④ ギランバレー症候群、その他の神経系の病気にかかったことはありますか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑤ 4週間以内に他の予防接種を受けましたか
(⇒「はい」とお答えの方は、予防接種名をお書きください _____) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑥ 病気や免疫抑制剤の服用により、免疫機能が低下していますか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑦ 年齢は、2歳未満ですか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑧ アスピリンを飲んでいますか? | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑨ 女性の方のみお答えください
現在、妊娠中もしくは授乳中ですか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (⇒「はい」とお答えの方は、医師の許可を得ましたか _____) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

私(未成年の場合は、保護者の方)は、上記の内容をよく読み、インフルエンザの予防接種を受けるにあたっての利点とその副作用を理解しました。その上で、私はインフルエンザの予防接種を日本旅行者クリニックで受ける事に承諾致しました。

患者氏名 : _____ 誕生日 : _____

住所 : _____

電話番号 : _____ 今日の日付 : _____

患者署名 (未成年者の場合、保護者の署名) : _____