医療法人郁史会 由井クリニック
RS ウイルス母子免疫ワクチン（アブリスボ）接種に関するご案内
【18 歳未満の患者様の単独接種における保護者同意書】

保護者の方へ：必ずお読みください

RS ウイルス母子免疫ワクチン（アブリスボ）は、妊婦の方に接種することで赤ちゃんに抗体を移行させ、出生後の RS ウイルス感染症を予防するための重要なワクチンです。 本来、接種に当たっては対象者がその安全性と必要性を十分に理解した上で受けることが不可欠であり、当院では急な副反応（アナフィラキシー等）への対応も含め、原則として保護者の方の同伴をお願いしております。
諸事情により保護者が同伴せずに接種を受ける場合には、あらかじめ保護者の方が本説明書の内容、およびワクチンの有効性・副反応を十分に理解し、お子様（被接種者）ご本人も納得されていることが条件となります。
上記の承諾の証として、本同意書に保護者の方が自署・押印し、当日は**予診票とともに必ず持参**をお願いします。
内容にご不明な点がある場合や、お子様本人が納得されていない場合は、必ず保護者の方が同伴してください。
※医師の判断や、当日の本人の体調、あるいは本人が接種を拒否した場合には、保護者の同意があっても実施を見送ることがありますので、あらかじめご了承ください。

【当日の持ちもの】

1. **本同意書**（保護者の署名・捺印があるもの）
2. **予防接種予診票**（事前に保護者がご記入ください）
3. **健康保険証・母子健康手帳**（必須）

【注意事項】

- **体調管理**: 1 週間以内に発熱や当日の体調が優れない場合は接種できません。
- **経過観察**: 接種後、急な体調変化を確認するため、院内で 30 分程度待機していただきます。
  お時間に余裕を持ってご来院ください。
- **連絡手段**: 接種当日、必ず連絡が取れる電話番号を下記にご記入ください。

RS ウイルス母子免疫ワクチン 接種同意書

私は、RS ウイルス母子免疫ワクチンの接種にあたり、その目的、効果、および副反応の可能性について十分に理解いたしました。 医療法人郁史会 由井クリニックにおいて、下記被接種者が単独で当該ワクチンを接種することに同意いたします。

【 接種希望ワクチン名： RS ウイルスワクチン（アブリスボ） 】
記入日 ： 年 月 日
保護者自署 ： 印 （被接種者との続柄： ）
被接種者（お子様）氏名 ：
生年月日 ： 年 月 日
現住所 ：
当日連絡のつく緊急連絡先：