

18歳未満向けファイザーBioNTech COVID-19ワクチン 同意およびスクリーニング用紙

第1欄: 未成年の子供によるワクチン接種に関する情報 (活字体で記入してください)

未成年者の氏名 (姓)	(名)	(ミドルネームイニシャル)	未成年者の生年月日 (月月/日日/西暦年) _____	
親もしくは法的保護者の氏名 (姓)	(名)	(ミドルネームイニシャル)	未成年者の年齢:	未成年者の性別: 男/女
住所			親もしくは保護者の日中の連絡先電話番号および携帯電話番号:	
市	州	郵便番号		

第2欄: ワクチン適格性のスクリーニング

以下の質問は、お子様がCOVID-19ワクチンを接種すべきではない理由の有無の判断につながります。特定の質問に「はい」と回答しても、これが必ずしもお子様がワクチン接種を受けるべきではない、ということにはなりません。追加質問を受ける可能性があるだけです。質問内容が理解できない場合は、医療提供者から説明してもらってください。

	はい	いいえ	わからない
1. 現在お子様は体調が悪い、もしくは病気をしていますか?			
2. これまでにお子様はCOVID-19ワクチンを接種していますか? はい、の場合、どのワクチンですか? <input type="checkbox"/> モデルナ; <input type="checkbox"/> ファイザー; <input type="checkbox"/> ジョンソンエンドジョンソン; <input type="checkbox"/> その他ブランドのワクチン: _____			日にち: _____ (当てはまる場合)
3. これまでにお子様、以下に対してアレルギー反応を起こしたことはありますか? (エピネフリンやエピペン ⑩を用いた治療を要する、もしくは病院に行く原因となった、重度のアレルギー反応[例: アナフィラキシー]を含みます。また、4時間以内の蕁麻疹、腫れ、ゼーゼー呼吸を含む呼吸困難の原因となったアレルギー反応も含みます。)			
• 以下のいずれかを含むCOVID-19ワクチンの含有成分:			
○ 一部の下剤や大腸内視鏡検査の準備に使用されているポリエチレングリコール (PEG) ?			
○ 一部のワクチン、フィルムコート錠および静脈ステロイドに含まれているポリソルベート?			
• これまでに接種したCOVID-19ワクチン?			
• COVID-19ワクチンの含有成分を含む複数の含有成分からなるワクチン、または注射用の医薬品だが、どの含有成分が即時反応を引き起こしたか不明?			
4. これまでにお子様、他のワクチン (COVID-19ワクチン以外)、または注射用の医薬品でアレルギー反応を起こしたことがありますか? (エピネフリンやエピペン ⑩を用いた治療を要した、もしくは病院に行く原因となった、重度のアレルギー反応[例: アナフィラキシー]を含みます。また、4時間以内に蕁麻疹、腫れ、ゼーゼー呼吸を含む呼吸困難の原因となったアレルギー)			

ー反応も含みます。)			
5. これまでにお子様 COVID-19 ワクチン、なんらかのワクチン、または注射用の医薬品の含有成分以外のものに重度のアレルギー反応（例：アナフィラキシー）を起こしたことはありますか？食物、ペット、毒、環境性、または経口薬のアレルギーを含みます。			
6. お子様は、この 14 日間以内になんらかのワクチンを接種していますか？			
7. これまでにお子様 COVID-19 の検査で陽性になったこと、もしくは医師から新型コロナウイルスの診断を受けたことはありますか？			
8. これまでにお子様 COVID-19 の治療として、受動抗体治療（モノクローナル抗体または回復期血清）を受けたことはありますか？			
9. HIV 感染や癌などが原因でお子様の免疫機能は低下していますか？または免疫抑制の投薬や治療を受けていますか？			
10. お子様に出血障害はありますか？もしくは抗血栓薬を摂取していますか？			
11. お子様は妊娠中もしくは授乳中ですか？			
12. お子様は皮膚充填剤を使用していますか？			

第3欄: ファイザーBioNTech COVID-19ワクチンのリスクと効果に関する情報

ファイザーBioNTech

COVID-19ワクチンは、接種者の新型コロナウイルス感染を防ぐ可能性があります。アメリカ食品医薬品局（FDA）に承認されている**COVID-19**の予防ワクチンはありません。しかし、FDAは緊急使用許可（EUA）の下、**COVID-19**ワクチンを予防するために、**16**歳以上の人に対するファイザーBioNTech ワクチンの緊急使用を許可しています。ファイザーBioNTech **COVID-19**ワクチンは、**3**週間の間隔を空けて筋肉に**2**回投与します。

COVID-

COVID-19
COVID-

ファイザーBioNTech COVID-19ワクチンは、すべての人を保護できない可能性があります。ファイザーBioNTech **COVID-**

COVID-19ワクチンに関する副作用が報告されており、これには注射部位の痛み、疲労感、頭痛、筋肉痛、悪寒、関節痛、熱、注射部位の腫れ、注射部位の発赤、吐き気、気分の悪さやリンパ節の腫れなどがあります。ファイザーBioNTech **COVID-**

COVID-19ワクチンは、重度のアレルギー反応を起こす可能性がわずかにあります。重度のアレルギー反応は通常、ファイザーBioNTech **COVID-19**ワクチンを接種してから数分から**1**時間の間に発生します。このため、接種後の監視のために、ワクチン投与者が接種者に、ワクチン接種場所にとどまるよう要請することがあります。重度のアレルギー反応には、呼吸困難、顔やのどの腫れ、動悸、および／もしくは全身の重度の発疹が含まれることがあります。

第4欄: 同意

私は、上記第3欄のファイザーBioNTech

COVID-19ワクチンのリスクと効果に関する情報を確認しており、そのリスクと効果について理解しています。以下に同意するにあたり、次のことに同意します。

COVID-

1. 本同意およびスクリーニング用紙の内容を確認しました。
2. 以下からアクセス可能な、接種者および介護人向けファクトシート：**COVID-19**感染症2019（**COVID-19**）予防に向けた、**16**歳以上へのファイザーBioNTech新型コロナウイルスワクチンの緊急使用許可の最新（つまり最近発表された）版を読んだ、もしくは読んでもらっています <https://www.cvdvaccine.com/> および <https://www.fda.gov/media/144414/download>。



3. 私は、上記の未成年の子供にファイザーBioNTech COVID-19ワクチンを接種させる法的権限を有しています。
4. 私は、上記の子供を接種の場に同伴する必要はなく、また、以下の同意にあたり、接種の場に私がいる、いないにかかわらず、この子供がファイザーBioNTech COVID-19ワクチンの接種を受ける可能性があることを理解しています。
5. 私が上記の子供を対象とした健康保険を契約している場合、ファイザーBioNTech COVID-19ワクチンの投与費用が私の保険会社に請求されることを許可します。政府がファイザーBioNTech COVID-19ワクチン自体の費用を負担しており、私の予防接種費用のその部分について、私が請求を受けることはありません。
6. 私は、予防接種はすべて、州法に従ってルイジアナ州保健局が運営するルイジアナ予防接種ネットワーク（LINKS）に登録されることを理解しています。LINKSに関する詳しい情報は次をご覧ください<https://ldh.la.gov/index.cfm/page/3660>。

私は、 _____
[ワクチン接種実施組織名を記入]が、本用紙の上部に氏名が記載されている未成年の子供に、ファイザーBioNTech COVID-19ワクチンの接種を行うことに同意します。
また私は、本用紙のセクション4に含まれる情報を受け取り、それに同意します。

上記の親もしくは法的保護者の署名

署名日： 月 _____ 日 _____ 年 _____

