

他院様妊婦健診中の方

## RS ウイルスワクチン（アブリスボ）接種 説明および承諾書

### 1. RS ウイルスワクチン（アブリスボ）接種について

- 1) 当院では、RS ウイルスワクチン（アブリスボ）接種の対応をされていないクリニック様・産院様で妊婦健診中の方で希望される方（18歳以上の方）に、妊婦健診かかりつけのご担当医師の方の承諾をもとに接種対応しております。下記注意事項をお読みいただき、ご希望される場合は、ご本人様およびパートナー様・配偶者様の承諾サインとかかりつけのご担当医師の方の承諾サインをもらい、当院RS ワクチン接種のご予約をしてご来院をお願い致します。
- 2) 接種期間は妊娠24週～36週日ですが、接種後胎児への免疫定着まで2週間程度かかり、効果持続が6か月程度といわれています。そのため、28週～34週6日までの接種をよりお勧め致します。
- 3) RS ウイルスワクチン（アブリスボ）接種の詳細については、当院サイトでご確認ください。

### 2. 注意事項

- 1) RS ウイルスワクチン（アブリスボ）接種前後のエコーでの状態確認を除き、妊婦健診等の診察は行いません。体調で気になることがある場合や接種前に胎児の状態確認をしたい場合などは、かかりつけの産院様をご受診後にワクチン接種にご来院ください。
- 2) ワクチン接種後は30分ほど院内でお過ごし頂き体調変化なければご帰宅いただけます。ご帰宅後に体調変化があった場合には、かかりつけクリニック様・産院様へご連絡をください。夜間帯電話対応していないクリニック様の場合は、#7119（東京消防庁救急相談センター・救急安心センター）等へご連絡をお願い致します。

### 3. その他

- 1) 当日は、母子健康手帳と記入済みの承諾書（本書類）をご持参ください

医療法人社団五葉会  
小金井婦人科クリニック  
院長 岡宮 久明

私は、上記説明事項確認し、自己の責任のもと、かかりつけクリニック・産院と異なる施設でのRS ウイルスワクチン（アブリスボ）接種を希望致します。

《ご本人様ご記入欄》（自署）

年 月 日

お名前：

分娩予定日： 年 月 日

ご住所：

お電話番号：

《パートナー様・配偶者様ご記入欄》（自署）

年 月 日

お名前：

ご住所：

お電話番号

《かかりつけクリニック・産院 ご担当医師様ご記入欄》

上記説明を確認し、他施設での妊婦様へのRS ウイルスワクチン（アブリスボ）接種の実施を承諾します。

年 月 日

ご施設名：

ご住所：

お電話番号：

ご担当医師名：