



STATE OF HAWAII
DEPARTMENT OF HEALTH
P. O. BOX 3378
HONOLULU, HI 96801-3378

In reply, please refer to:
File:

注: 本情報は、こちらのホームページでも閲覧することができます。電子版予防接種同意書への入力も可能です。<https://vaxonlinereg.doh.hawaii.gov>

2020年8月

保護者各位：

「Stop Flu at School（学校でインフルエンザを予防しよう）」のスクール・プログラムでは、公立学校のキンダーガーデンから8年生までの予防接種を希望する児童に対して、無料でインフルエンザの予防接種を実施します。2020年10月から開始します。本プログラムは、ハワイ州保健局と教育局との提携により実施されるものです。

インフルエンザの予防接種は、お子様の学校で「Stop Flu at School（学校でインフルエンザを予防しよう）」のスクール・プログラムを通して提供されます。実施期間は**2020年10月、又は11月**です。具体的な日時に関してはお子様の通う学校が通知いたします。

お子様が**学校で無料のインフルエンザの予防接種**を受けることを希望する場合は：

1. 添付のインフルエンザ・ワクチンに関する情報（不活化ワクチンまたは遺伝子組み換えワクチン）を読んでください。
2. 添付の同意書に記入してください。
 - すべての質問に答えてください。
 - 同意書に署名し、日付を記入してください。
3. 2020年8月20日(木)までに記入済み同意書を担任の先生にお渡しください。

予防接種を提供するクリニックは、各学校につき1施設のみになります。お子様が2回目の接種が必要な場合（8歳またはそれ以下の年齢で初めてインフルエンザの予防接種を受ける）、お子様の主治医との診療を予約し、そこで2回目の接種を受けるようにしてください。

注意：「Stop Flu at School（学校でインフルエンザを予防しよう）」プログラムへのご参加は任意です。お子様が学校で予防接種を受けることを希望しない場合は、同意書を提出しないでください。

重要：同意書を提出したものの、学校で行われる予防接種の前に主治医による予防接種を受けた場合は、学校で予防接種を受ける前に学校から同意書を返却してもらい、お子様が予防接種を再度受けないようにしてください。

「Stop Flu at School（学校でインフルエンザを予防しよう）」のスクール・プログラムに関してさらに情報を得たい場合は、以下のホームページ <http://flu.hawaii.gov/SFAS.html> を閲覧するか、月～金の7:00 a.m.～5:00 p.m. の時間帯に「2-I-1」番までお電話ください。

敬具

Sarah Y. Park, M.D. (医学博士)
(F.A.A.P., 米国小児科学会)
州の疫学者

インフルエンザワクチン（不活化または遺伝子組換え）：知っておきたいこと

多くのワクチン情報文書がスペイン語その他の言語で用意されています。詳細については www.immunize.org/vis をご覧ください。

1 なぜワクチン接種が必要ですか。

インフルエンザワクチンはインフルエンザを防ぐことができます。

インフルエンザは通常 10 月から 5 月までの間、アメリカ全土で蔓延する伝染病です。誰もがインフルエンザにかかる可能性があります。人によってはより危険です。乳児や幼児、65 歳以上の高齢者、妊婦、ある種の健康状態の人、または免疫力が低下している人はインフルエンザの合併症を引き起こすリスクが高くなります。

肺炎、気管支炎、副鼻腔感染症、耳感染はインフルエンザ関連の合併症の例です。心臓疾患、がん、糖尿病などの疾患がある方は、インフルエンザによってそれが悪化する可能性があります。

インフルエンザの症状は発熱、悪寒、のどの痛み、筋肉の痛み、疲労、咳、頭痛、鼻水・鼻詰まりがあります。人によっては嘔吐、下痢の症状が見られますが、これらは大人よりも子供によく見られる症状です。

米国内では毎年何千人もの人々がインフルエンザで亡くなり、それ以上の人々が入院しています。インフルエンザワクチンは毎年何百万人もの疾病とインフルエンザ関係での医者通いを防ぎます。

2 インフルエンザワクチン

CDC（米国疾病管理予防センター）では、生後 6 か月以上の者全員がインフルエンザシーズンに毎年予防接種を受けることを推奨しています。生後 6 か月から 8 歳までのお子さんにはインフルエンザシーズンに 2 回受ける必要がある場合があります。その他全員はインフルエンザシーズンに 1 回だけ受ける必要があります。

接種後に抗体ができるまで約 2 週間かかります。

インフルエンザウィルスは多数あり、常に変化しています。毎年次のインフルエンザシーズンに備えて、疾病を引き起こす可能性の高い 3~4 つのウィルスに効く新しいインフルエンザワクチンが開発されています。ワクチンがこれらウィルスに正確に一致しなくても、ある種の保護を提供します。

インフルエンザワクチンはインフルエンザを引き起こす原因にはなりません。

インフルエンザワクチンは他のワクチンと同時に受けることができます。

3 医療従事者に伝えること

ワクチンを受ける人に次が適用される場合は、医療従事者に伝えてください。

- 前回のインフルエンザワクチンを受けた後アレルギー反応があった、または生命を脅かす重度のアレルギーがある
- ギラン・バレー症候群（別名 GBS）を発症したことがある

場合によっては、医療従事者はインフルエンザワクチンの接種を次回に延期する場合があります。

風邪などの軽症の疾患であれば、接種を受けることができます。疾患が中等症から重症の場合は、回復してからインフルエンザワクチンの接種を受けてください。

詳細については、医療従事者にお尋ねください。



4 ワクチン接種反応のリスク

- インフルエンザワクチン接種後に接種を受けた部位の痛み、発赤、腫れのほか、発熱、筋肉の痛み、頭痛を伴う場合があります。
- 不活化ワクチン接種後に、ギラン・バレー症候群（GBS）が発症するリスクがわずかに高まります。

肺炎球菌ワクチン（PCV13）・DTaP ワクチンの一方か両方とインフルエンザワクチン接種を同時に行った幼児の場合、熱性けいれんを起こす可能性がわずかに高まります。過去にけいれんを起こしたことがある場合は、インフルエンザワクチン接種時に医療従事者にお伝えください。

予防接種などの医療処置を受けたときに、気を失う場合があります。目がくらんだり、視野に変化があったり、耳鳴りがする場合は医療従事者に知らせてください。

どのような薬も強いアレルギー反応、他深刻なけがや死亡の原因となる可能性があり、ワクチン接種によるこのような反応は非常に稀です。

5 重大な反応があった場合にはどうしたらいいですか。

アレルギー反応は接種を受けて診療所を離れた後に発症する可能性があります。強いアレルギー反応の症状（蕁麻疹・顔面と喉の腫れ・呼吸困難・心拍増加・めまい・虚弱）がある場合は、「9-1-1」に電話して最寄りの病院で受診してください。

その他心配な症状が見られる場合は、担当の医療従事者に連絡してください。

副作用はワクチン有害事象例報告データベース

（VAERS）へ報告する必要があります。担当の医療従事者が通常この報告を申請しますが、自己報告も可能です。VAERS のウェブサイト

www.vaers.hhs.gov で、または **1-800-822-7967** で報告してください。VAERS では反応の報告のみを受け付け、VAERS スタッフは医療に関する助言は行いません。

6 全米ワクチン被害補償プログラム

全米ワクチン被害補償プログラム（VICP）は、特定のワクチンにより健康被害を受けた人への補償を目的として策定された連邦プログラムです。プログラム内容を確認したり補償請求を提出したりするには、VICP のウェブサイト

www.hrsa.gov/vaccinecompensation をご覧いただくか、あるいは **1-800-338-2382** までお問い合わせください。補償請求には提出期限があります。

7 より詳しい情報はどこで得られますか。

- 医療従事者にお尋ねください。
- お住まいの地域か州の保健局にご連絡ください。
- 米国疾病管理予防センター（CDC）に次の方法でご連絡ください。
 - **1-800-232-4636（1-800-CDC-INFO）** まで電話するか、あるいは
 - CDC（米国疾病管理予防センター）のウェブサイト www.cdc.gov/flu をご覧ください。

ワクチン情報文書（仮）
不活化インフルエンザワクチン



Office use only

お子様の予防接種同意書 - インフルエンザ予防接種

(黒または青のペンで大文字で読みやすく記入してください)

2桁の月/2桁の日/2桁の年

<input style="width: 100%; height: 20px; border: none;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px; border: none;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px; border: none;" type="text"/>
子供の姓	名	ミドルイニシャル 誕生日

--

	<input style="width: 100%; height: 20px; border: none;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px; border: none;" type="text"/>	子供は: <input type="checkbox"/> 双子 <input type="checkbox"/> 三つ子	子供の性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
市	州	郵便番号		

親/法的保護者の自宅電話番号 ()	親/保護者の日中連絡可能な電話番号 ()	親/保護者の携帯番号 ()																												
学校名	学年 (グレード) (一つ選択してください「●」)																													
担任の名前 (姓、名)	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>JK</td><td>K</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td> </tr> <tr> <td>JR K</td><td>K</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td> </tr> </table>		JK	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	JR K	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
JK	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																	
JR K	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																	
子供の主治医の氏名 (姓)	(名)																													
子供の健康保険: (一つ選択してください「●」) 「The Stop Flu (インフルエンザを予防しよう)」は無料です。保険会社には請求されません。 <input type="checkbox"/> HMSA-民間 <input type="checkbox"/> KAISER-民間 <input type="checkbox"/> UNITEDHEALTHCARE-民間 <input type="checkbox"/> ALOHACARE <input type="checkbox"/> UHA <input type="checkbox"/> HMA <input type="checkbox"/> OHANA <input type="checkbox"/> 保険未加入 <input type="checkbox"/> HMSA-QUEST <input type="checkbox"/> KAISER-QUEST <input type="checkbox"/> UNITEDHEALTHCARE-QUEST <input type="checkbox"/> CHAMPUS/TRICARE <input type="checkbox"/> OMDX <input type="checkbox"/> HMAA <input type="checkbox"/> その他 _____																														
保険証番号																														

以下の質問は、お子様が**予防接種**（不活性化ワクチン）の対象になるかどうかを判断するのに役立ちます。それぞれの質問に、はいまたはいいえ「●」の○を塗りつぶしてください。

	はい	いい
1. お子様は卵またはインフルエンザワクチンの成分に対して重度のアレルギー反応を起こしたことがありますか?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. これまでにインフルエンザの予防接種を受けて重度のアレルギー反応を起こしたことがありますか?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. お子様はギラン・バレー症候群（重度な神経系障害）にかかったことがありますか?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

上記のいずれかの質問に「はい」と回答された場合、または質問に回答されなかった場合、またはどう回答すればよいかわからなかった場合は、お子様は本スクール・プログラムを通して**予防接種**（不活性化ワクチン）を受けることができません。お子様の主治医にご相談ください。

お子様の予防接種の同意書: 私は、2019年8月15日発行の「知っておきたいこと」に記載されるインフルエンザ予防接種（不活性化ワクチンまたは遺伝子組み換えワクチン）に関する情報を受け取り、読みました。私は、インフルエンザのリスクとメリットを理解し、本同意書に明記される私の子供がインフルエンザの予防接種を受けること、およびハワイ保健省と認定されたスタッフが、子供の受けた予防接種に関する情報を子供の主治医と保険会社と共有することを承諾します。私は、ハワイ州とハワイ州保健計画協会（The Hawaii Association of Health Plans）のすべての寄付会員、およびその他のすべてのプログラムのスポンサーに対する、「Stop Flu at School（学校でインフルエンザを予防しよう）」のスクール・プログラムに関連または起因するあらゆる要求を放棄することに同意します。また、ハワイ州予防接種の登録（レジストリ）に関する情報も受け取りました（裏側を参照してください）。

/ /
 親または法的保護者の氏名（活字体で書いてください） 親または保護者の署名 日付（月/日/年）

FOR DEPARTMENT OF HEALTH USE ONLY									
Vaccine	Date Dose Administered	Dose Size	Site	Route	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	VIS Publ. Date	Name, Address, & Title of Vaccine Administrator
Inactivated influenza vaccine	/ /	0.5 ml	LA RA	IM			/ /	/ /	
FLU SHOT <u>NOT</u> given: <input type="radio"/> Refused <input type="radio"/> Absent <input type="radio"/> Other: _____									

ハワイ州予防接種の登録（レジストリ）に関する情報

登録（レジストリ）に含まれる情報

- 予防接種情報には以下が含まれますがこれに限られることはありません：ワクチンのタイプ、予防接種日、ワクチンの接種場所および接種経路、ロット番号、有効期限、患者の「ワクチンで予防可能な病気」の既往歴、禁忌、予防策、副作用、および予防接種に関する注記。
- 個人情報には以下が含まれますがこれに限られることはありません：受診者の名、ミドルネーム、姓、生年月日、性別、ご住所、電話番号、親／保護者の氏名、受診者と親／保護者の続柄、連絡先情報、および母親の旧姓などが含まれます。

守秘義務およびプライバシーに関する情報

正規ユーザおよび保健省の予防接種部門は、HIPAA（米国における医療保険の相互運用性と説明責任に関する法令）プライバシールール（PL 104-191および45 CFR 160および164部の「個人を識別できる健康情報に関するプライバシー基準」）が、プライバシールールの対象事業社による個人を識別できる情報の使用および開示を管轄することを承認します。プライバシーに関するHIPAAの基準書は、登録（レジストリ）の守秘義務およびプライバシーポリシーの策定をサポートするための指示書として使用されたものの、レジストリ（登録）および保健省の予防接種部門は、HIPAAの「対象事業社」ではありません。正規ユーザである医療従事者、保健計画、およびその他の対象事業社は、HIPAAプライバシールールを遵守しなければなりません。

登録（レジストリ）の情報は、正規ユーザが許可された目的のみに対して入力したり入手することが可能です。すべての正規ユーザは、ハワイ州予防接種の登録（レジストリ）の守秘義務およびプライバシーポリシー、ハワイ州予防接種の登録（レジストリ）のセキュリティポリシー、およびすべての適用される州法および連邦法を遵守し、登録（レジストリ）の機密情報を保護することにより、参加する患者のプライバシーを保護することが求められます。

正規ユーザ

登録（レジストリ）の正規ユーザには、患者の予防接種およびその他の個人を識別できる健康情報の定期的な入手を必要とする個人および／または事業社が含まれる場合があります。これは、特定の患者に予防接種のサービスを提供し、ワクチンの公的部門および民間部門での備蓄に関してコンピュータ上の在庫を維持し、免疫状態を査定して予防接種率を確定し、予防接種の必須要件に遵守していることを確実にするためです。すべての正規ユーザは、「ハワイ州予防接種の登録（レジストリ）の守秘義務およびプライバシーポリシー」と「ハワイ州予防接種の登録（レジストリ）に関するセキュリティポリシー」の複写を受け取り、ポリシー違反に対する罰則を含む条項を理解し、ポリシーに遵守することに同意したことを示すために「ハワイ州予防接種の登録（レジストリ）の守秘義務およびセキュリティに関する声明」に署名することが求められます。

保健省の予防接種部門は、登録（レジストリ）の監督を担当していることから正規ユーザとして指定されます。

登録（レジストリ）の情報の使用（許可された目的）

登録（レジストリ）の予防接種データおよびその他の個人を識別できる健康情報は、以下の目的のために正規ユーザにより使用されるものとします。

- 電子化された予防接種記録（履歴）の統合、維持、および入手
- ワクチン在庫に関する情報の統合および維持
- 個人の予防接種の履歴を把握し、それに応じた治療を提供するため
- 予防接種を受ける期日が過ぎている個人に対して、またはワクチンのリコール（回収）があった場合の通知の作成
- 登録（レジストリ）が提供する予防接種予測ツールを利用して、複雑な予防接種スケジュールを管理し、接種時期を逃さないようにするため
- 患者集団（またはそのサブセット）における予防接種率の査定
- 正式な予防接種記録（例えば、児童のヘルス・レコード（健診記録など）の作成
- 予防接種の必須要件を確実に遵守するため
- 想定される疾病の潜在的な脅威に対する準備および対応として、投与および調剤した予防薬および治療薬の配布の記録
- ハワイ州の小児用ワクチンおよびその他の州が提供する予防接種プログラムによるワクチンの注文および説明責任に関する方針および手順を遵守するため
- 保健省の予防接種部門の判断により決定されたその他の目的

登録（レジストリ）の予防接種データおよびその他の個人を識別できる健康情報は、以下を含むがこれに限られない公衆衛生上の目的のために保健省の予防接種部門が利用するものとします：

- 予防接種の必須要件を確実に遵守するため
- 品質向上／品質評価活動の実施のため
- ハワイ州の小児用ワクチンおよびその他の州が提供する予防接種プログラムによるワクチンの注文および説明責任のポリシーおよび手順を遵守するため
- ワクチンで予防可能な病気やその他の公衆衛生上の緊急事態の発生の予防および管理
- 公衆衛生を改善するための方針および戦略の策定をサポートするための予防接種評価報告書を作成するため
- 登録（レジストリ）システムの管理および維持
- 保健省の予防接種部門の判断により決定されたその他の目的

予防接種記録（履歴）に関する情報は入手可能です

登録（レジストリ）の個人の予防接種データおよびその他の個人を識別できる健康情報は、予防接種実施者、保健省、およびその他の登録（レジストリ）の正規ユーザのみが許可された目的のみに対して利用できます。

オプトアウト（拒否）

受診者は、本人またはその子供の予防接種データを登録（レジストリ）に包含しない選択をすることができます（「オプトアウト」）。受診者は、予防接種実施者または保健省の予防接種部門から「ハワイ州の予防接種の登録（レジストリ）・オプトアウト届出書（Hawaii Immunization Registry Opt-Out Form）」を入手して記入し、書面にてその旨を申し出る必要があります。登録（レジストリ）では、登録（レジストリ）に対するオプトアウト（拒否）を選択した受診者を特定するために必要な主な人口統計情報のみを保持します。この情報は、登録（レジストリ）が、その受診者の予防接種情報の入力にフィルターをかけ、拒否するために必要となります。主な人口統計データは、ハワイ州保健省のみが使用するもので、その他のすべての登録（レジストリ）の正規ユーザには表示されません。登録（レジストリ）への予防接種データの包含を許可しないという個人の決定は、その個人が予防接種を受けることができるか否かに影響は及びません。

撤回

受診者は、いつでもハワイ州予防接種の登録（レジストリ）をオプトアウト（拒否）するという決定を取り消すことができます。オプトアウト（拒否）を取り消す場合は、予防接種実施者またはハワイ州保健省の予防接種部門より入手した「ハワイ州予防接種登録（レジストリ）再登録申請用紙（Hawaii Immunization Registry Reauthorization Form）」に記入し、書面にて申し出なければなりません。

個人情報および予防接種に関する情報の調査、複写、修正または訂正を行う権利

本人またはその子供の予防接種の履歴に関する情報を、本人またはその子供の予防接種実施者を介して調査、複写、修正または訂正を行うことができます。本人またはその子供の情報の調査、複写、修正または訂正の方法に関する情報については、主治医に相談してください。

ご質問はございますか？

登録（レジストリ）についてご不明な点がございましたら、主治医にご相談いただくか、下記のウェブサイトを参照してください。

<http://health.hawaii.gov/docd/hawaii-immunization-registry/>.