

インフルエンザ薬の予防内服（自費診療） 同意書
（成人・未成年共通）

患者氏名： _____

生年月日（西暦）： _____ 年 月 日 （年齢： ）

保護者氏名（未成年の場合のみ）： _____

連絡先電話番号： _____

【1. 自費診療であること】

本治療（予防内服）は、保険適応外であり自費診療となります。
費用は全額自己負担となり、返金はできません。

【2. 予防内服の目的と限界】

本治療はインフルエンザの発症リスクを軽減する目的で行いますが、
感染・発症を完全に防ぐものではありません。

【3. 使用薬剤】

使用薬剤：オセルタミビル（タミフル後発品等）

用法・用量：通常、成人は1回75mgを1日1回、10日間服用します。
（医師の判断により変更されることがあります）

【4. 安全性について（最新の科学的知見）】

タミフル（オセルタミビル）と異常行動との間には、
「因果関係は明確でない」ことが大規模調査で示されており、
インフルエンザ自体に伴って異常行動が起こることが知られています。

予防内服の場合、異常行動のリスクはさらに低いとされていますが、
体調変化があった場合には服薬を中止し、速やかに医療機関へ相談してください。

【5. 副作用について】

以下の副作用が起こる可能性があります。

- ・悪心、嘔吐、腹痛、下痢、頭痛、倦怠感
- ・発疹、蕁麻疹等のアレルギー反応
- ・まれに意識障害、錯乱などの中枢神経症状

重篤な症状がある場合は、直ちに服薬を中止し医療機関へ連絡してください。

with Life クリニック大宮駅前 Tell: 048-783-2637

〒330-0854 埼玉県さいたま市大宮区桜木町1丁目133-2 メインKビル4階

【6. 未成年への投与について】

未成年が服薬する場合は、保護者が体調観察および服薬管理を行う必要があります。
特に服薬初期は、行動・意識状態に変化がないか確認してください。

【7. 服薬管理・飲み忘れについて】

投与スケジュールを守ることで予防効果が期待されます。
飲み忘れや中断は効果低下につながる可能性があります。

【8. 禁忌・申告事項】

- ・妊娠中または妊娠の可能性がある場合は必ず申し出てください。
- ・持病や内服中の薬剤について、医師に必ず申告してください。
- ・処方された薬剤を他者へ譲渡することは法律で禁止されています。

【9. 説明を受け理解した内容】

私は、上記の内容を理解したうえで、予防内服の処方を希望します。また、服用する場合は副作用について理解し、十分注意して服用します。

-
- ☐ 成人患者本人として同意します
☐ 未成年患者であり、保護者として同意します

患者本人署名： 日付： 年 月 日

保護者署名（未成年の場合のみ）： 日付： 年 月 日

医師署名： 日付： 年 月 日

（クリニック控え ／ 患者控え）