

予防接種同意書

予防接種を希望される方は以下にチェックを入れ、最後の署名欄と日付を記入してください。
(チェックを入れたワクチンであっても、後日の接種となる場合や、接種しない場合もあります。)

各ワクチンの説明文書を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、医薬品副作用被害救済制度などについて理解したうえで、以下の予防接種を受けることに同意します

- A型肝炎ワクチン、B型肝炎ワクチン、破傷風ワクチン、ジフテリア破傷風ワクチン
狂犬病ワクチン(国産)、日本脳炎ワクチン、ポリオワクチン、髄膜炎菌ワクチン、
インフルエンザワクチン、麻疹ワクチン、風疹ワクチン、水痘ワクチン、
おたふくかぜワクチン、MR ワクチン、

予防接種を受けることに同意しません

輸入腸チフスワクチン、輸入狂犬病ワクチンを希望される場合は以下にも記入してください

国内で承認されているワクチンがない場合や入手困難な場合、またはスケジュールや有効性の面で輸入ワクチンが推奨される場合に、国内で承認されていない輸入ワクチンをお勧めすることがあります。

その場合に万が一ワクチンによる健康被害が生じた際は、最善の医療を行います。これらの輸入ワクチンは本邦において未承認であるため、公的な制度である医薬品副作用被害救済制度(重い健康被害に対し医療費や障害年金や遺族年金などが補償される制度)は適用されません。予防接種の輸入を代行する事業者が設置した私的な救済制度が適用される場合もありますが、副作用が重篤(障害1級、2級または死亡)であり、確定判決により被害がワクチンによるものと認められた場合に限るなどの条件があり、適用される条件や補償内容は極めて限られています。各疾患・ワクチンの詳細については別にお渡しする説明文書をよくお読みください。

輸入ワクチンの使用に関して、上記説明、各ワクチンの説明文書を読み理解しました

輸入ワクチンの接種に同意いたします

同意する輸入ワクチンにチェックを入れてください

狂犬病ワクチン(Verorab)、腸チフスワクチン(Typhim Vi)

輸入ワクチンの接種に同意いたしません。輸入ワクチンの接種はうけません

署名 本人 _____

代諾者 _____ (本人との関係: _____)

代諾者の連絡先電話番号 _____

日付: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

以下病院記載欄

予防接種問診票の確認および上記説明者: