

# 国内未承認ワクチン接種同意書

重工記念長崎病院 渡航外来

〒850-0063 長崎県長崎市飽の浦町1番73号

電話：095-828-4823 Fax：095-828-4815

私は、予防接種対象者\_\_\_\_\_様（および保護者）に、下記の日本国内未承認ワクチンの接種に関して、必要性、期待される効果、副反応、補償制度、同意しない場合でも不利益を被らないこと、同意後でも随時撤回可能なこと、を説明しました。

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 説明した医師の署名\_\_\_\_\_

私は、上記担当医より下記の日本国内未承認ワクチンの接種に関して、必要性、期待される効果、副反応、補償制度、同意しない場合でも不利益を被らないこと、同意後でも随時撤回可能なこと、の説明を受け理解しましたので、下記ワクチンを接種することに同意致します。

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

接種対象者の氏名\_\_\_\_\_

接種対象者の住所\_\_\_\_\_

署名（本人か保護者）\_\_\_\_\_

本人以外の署名の場合は対象者との続柄\_\_\_\_\_

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 腸チフスワクチン                     | <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌ワクチン |
| <input type="checkbox"/> A型肝炎ワクチン                     | <input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン  |
| <input type="checkbox"/> Tdap：3種混合ワクチン（破傷風・ジフテリア・百日咳） |                                   |