

# 輸入ワクチン接種の同意書

目的 感染症の予防または治療

実施内容 輸入ワクチン接種

海外には種々の感染症に対するワクチンがありますが、日本ではその多くが認可されていません。海外渡航中の感染症予防は日本で認可されたワクチンだけでは十分な対応ができません。そのため当センターではワクチンを直接輸入して提供しています。これらのワクチンは海外で安全性と有効性の実績があり世界で標準的に使用されているワクチンです。ただ全てのワクチンには接種後極めて稀に重篤な副反応が起きる可能性があります。治療が必要な場合には健康保険による保険診療で対応します。ただ、認可ワクチンの場合には厚生労働省の審査で接種による重篤な副反応と認められた場合に医薬品副作用被害救済制度により補償されますが、未認可ワクチンはこの補償の対象になりません。

私は患者さん、および患者さんの指名した方に対して、上記事項をご説明致しました。

説明日: \_\_\_\_\_

説明医師名: \_\_\_\_\_ ⑩ 所属: 名鉄病院 予防接種センター  
(署名または押印)

同席者: \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_

私は輸入ワクチン接種について説明者より十分な説明を受けました。

輸入ワクチン接種を受けることに

同意します

同意しません

1. 患者氏名(自署 または保護者、代理人の代筆) \_\_\_\_\_

\* 18歳未満の患者さんもお自身で署名できる場合はご自身で記入をお願いします。

2. 保護者、代理人(自署)【患者との続柄: \_\_\_\_\_】

\* 患者さんが18才未満の場合や、ご本人が署名ができない場合に、記入をお願いします。

\* 18歳以上20歳未満で、過去に予防接種で問題が起きた場合のある方は、ご家族の同席や同意をお願いする場合があります。