

## 国際渡航ワクチン外来

### <保護者同意書>

独立行政法人りんくう総合医療センター病院長 殿

私は、平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日に、

\_\_\_\_\_（予防接種を受ける者） が、下記ワクチンのうちから希望されるワクチンの接種にあたり、保護者として「各種ワクチンに関する説明書」の内容を確認しました。副反応などのことも理解した上で、上記の者への下記ワクチンの接種に同意・希望致します。

#### <接種希望ワクチン>

##### 1. 国内承認ワクチン

A 型肝炎      B 型肝炎      破傷風      日本脳炎      狂犬病  
麻しん・風しん混合      麻しん      風しん      水痘      おたふくかぜ  
DT（2種混合）      DTP-ポリオ（4種混合）      髄膜炎菌      インフルエンザ  
肺炎球菌      インフルエンザ菌タイプb      ヒトパピローマウイルス（子宮頸がん）  
ロタウイルス      ポリオ

##### 2. 国内未承認ワクチン

腸チフス（TyphimVi<sup>®</sup>, Sanofi-Pasteur）      狂犬病 [PVRV]（VERORAB, Sanofi-Pasteur）  
A型肝炎（16歳以上）（HAVRIX 1440, GSK）      A型肝炎（2～15歳）（HAVRIX 720, GSK）  
成人DPT：破傷風、ジフテリア、百日咳（BOOSTRIX, GSK）  
MMR：麻しん、風しん、ムンプス（PRIORIX, GSK）      髄膜炎菌B型（BEXSERO, GSK）  
ダニ媒介性脳炎（16歳以上）（FSME-IMMUN Erwachsene, Baxter）  
ダニ媒介性脳炎（16歳未満）（FSME-IMMUN Child, Baxter）

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

保護者

住 所： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_

連絡先電話番号： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ 印

予防接種を受ける者

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ 印

保護者の方へ、

「各種ワクチンに関する説明書」を熟読していただき、接種希望ワクチンの接種に同意・希望される場合に、署名および捺印をお願い致します。