

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[®], 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。