

## 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、令和\_\_\_\_\_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	黄熱
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	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)

令和\_\_\_\_\_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。