

## 〈予防接種 保護者の同意書〉

日本医科大学武蔵小杉病院 殿

私(保護者)は、子どもが予防接種を受けるにあたり、「ワクチンを接種される方へ」に記載されている注意事項等の内容を読み、予防接種の効果や安全性、副反応について十分に理解しました。また、輸入ワクチン・輸入医薬品は国内未承認のため、医薬品副作用被害救済制度の適応がないことも理解しました。

この書類を持参する本人の保護者として、ワクチンを接種することに同意します。

また、ワクチン接種後にアナフィラキシーショックなどの緊急事態が生じた際、医師の判断に基づいて最良の救命処置を実施することに同意します。

年 月 日

〈保護者〉

住所 \_\_\_\_\_

保護者氏名(本人の署名) \_\_\_\_\_ ㊞

緊急時の連絡先 \_\_\_\_\_

子どもとの関係 \_\_\_\_\_

〈予防接種を受ける者〉

住所 \_\_\_\_\_

お子さまの氏名(本人の署名) \_\_\_\_\_