

渡航ワクチン 保護者同意書

舟入おとなこども総合診療クリニック 殿

私（保護者）は、子どもが渡航ワクチンを接種するにあたり、ワクチンの効果、安全性、および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承知の上で、接種に同意します。

また、本人が高校生以上の未成年者であり、当日一人で来院し受けることについても同意いたします。

万が一、処置後に体調不良や緊急事態が生じた際には、医師の判断に基づき最善の救急処置を実施することに同意します。

西暦 20 年 月 日

<保護者記入欄>

住所	
氏名（署名）	印
緊急連絡先	
本人との続柄	

<ご本人（接種・受診者）記入欄>

住所	
氏名（署名）	
生年月日	西暦 年 月 日