

# 輸入三種混合ワクチン接種説明と同意書

私は、患者 \_\_\_\_\_ 様に対し、実施する下記ワクチンについて、次のように説明しました。

目的・利点：海外で思春期以降を対象として使用されるジフテリア、百日咳、破傷風を予防するワクチンです。小児期に接種する三種混合ワクチンのジフテリア抗原量を減らして局所反応に配慮したワクチンです。昭和44年以降に生まれた方は幼少時に三種混合ワクチンを接種しているため、追加接種にこの三種混合ワクチンを使用すると、破傷風のみではなく、ジフテリア、百日咳の抗体も同時に上げることができます。

新生児期に百日咳に罹ると、重篤になることがあるため、妊婦、または新生児のお世話をする方に三種混合ワクチンの接種を義務付けている国もあります。

現在国産の三種混合ワクチンの製造、販売が終了したため、輸入ワクチンを使用します。

使用ワクチン：Boostrix（Glaxo Smithkline 社製）

接種方法：10歳以上 1回 0.5ml 筋肉注射

接種料金：10,000円（税別）

有効性：89～99%予防効果あり

副反応：接種部位の発赤、腫脹や痛み、倦怠感、頭痛など

注意事項：輸入ワクチンのため、国内未承認です。副反応が生じた時は国の救済措置、補償が適応されません。輸入商社が提供する輸入ワクチン補償制度を利用できます。輸入ワクチン補償制度以外は当院では補償できません。

\*\*\*\*\*

## 輸入ワクチン副作用被害救済補償制度について

輸入ワクチンによって重篤な副反応が起きた場合、補償金をお支払いする制度です。

制度の利用にあたり、裁判で輸入ワクチン接種による被害であることが認められる必要があります。

\*\*\*\*\*

ご不明な点がございましたら予防接種センターの医師、看護師にお尋ねください。

年 月 日

同意取得医：だいどうクリニック 予防接種センター \_\_\_\_\_

## だいどうクリニック院長 様

上記のとおり実施ワクチンの説明を受け、理解しましたので、その実施に同意します。

また同意書の控えを受け取りました。

年 月 日

本人署名： \_\_\_\_\_ (印)

代諾者氏名： \_\_\_\_\_ (印)

(本人との関係： \_\_\_\_\_ )