

診療内容における同意書

国立研究開発法人 国立国際医療研究センター病院
理事長 殿

私は、次の項目について資料を確認し、 _____ 医師より説明を受けました。以下の内容を理解しましたので、その実施に同意します。

以下に該当する箇所を☑してください。

- ワクチン接種に関する説明（予防接種の適応と効果、同時接種を含む接種方法・接種間隔・今後のスケジュール、予防接種後の副反応の可能性・対応、健康被害への補償）

資料名：トラベラーズワクチン 予防接種を受けるにあたって

↓接種予定のワクチンに○を付けてください。

A型肝炎、B型肝炎、破傷風、狂犬病、日本脳炎、インフルエンザ、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、水痘、MR（麻疹・風疹）、不活化ポリオ、三種混合（百日咳・破傷風・ジフテリア）、髄膜炎（メナクトラ）、その他（ _____ ）

- 日本国内未承認ワクチンについての説明（予防接種の適応と効果、同時接種を含む接種方法・接種間隔・今後のスケジュール、予防接種後の副反応の可能性・対応、健康被害への補償）

資料名：トラベラーズワクチン 予防接種を受けるにあたって

↓接種予定のワクチンに○を付けてください。

腸チフス(Typhim Vi)、A型肝炎(Havrix)、狂犬病(Verorab)、成人用三種混合(Tdap)、MMR（麻疹・風疹・流行性耳下腺炎、Proirix）、ダニ脳炎(FSME IMMUN)、髄膜炎菌B型(Bexsero)

- 添付文書に記載されていない方へのワクチン接種についての説明

資料名：添付文書に記載されていない方への接種について

- マラリア予防内服についての説明

資料名：マラリア予防ポケットガイド

- 国内で保険適応外使用によるマラリア予防内服についての説明

資料名：ドキシサイクリンによるマラリア予防内服について

- 高山病予防内服について

資料名：高山病の予防内服について

- 下痢症に対するスタンバイ治療について

資料名：旅行者下痢症について

年 月 日

説明を受けた人 氏名 _____

保護者（説明を受ける人が18歳以下の場合） 氏名 _____