

新型コロナウイルスワクチンに関する同意書

新型コロナウイルス肺炎(COVID-19)は、新しい急性呼吸器感染症です。主な臨床症状は発熱、咳、体のだるさで、少数の患者は鼻づまり、涙、咽頭痛、結膜炎、筋肉痛と下痢などの症状を伴っています。多くの患者は予後が良好で、少数の患者は病状が危篤です。新型コロナウイルス感染症の蔓延に伴って、全世界の人々の健康に対して深刻な脅威となっています。現在、新型コロナウイルス感染症を予防するため、適齢期の人に対する新型コロナウイルスワクチンの接種を行います。

【ワクチンの種類】 現在、我が国で条件付きで承認された新型コロナウイルスワクチンは4つのメーカーの製品があります。そのうち3つは不活化ウイルスワクチン、1つはアデノウイルスベクターのワクチンです。もう1つは組み換え蛋白ワクチン(CHO細胞)の緊急使用が承認されました。

【効能効果】 本製品の接種は、人体に新型コロナウイルスに対する免疫力を刺激し、新型コロナウイルス感染症を予防するために使用します。

【副作用】 ワクチンを接種した後の副作用は、主に注射部位の痛みで、その他、局部の痒み、腫れ、結節、紅斑などもあります。全身な副作用は倦怠感を主としていません。発熱、筋肉痛、頭痛、咳、下痢、吐き気、拒食、アレルギーなどの症状もあります。

【接種禁忌】 ワクチン接種の禁忌症は添付説明書を参照してください。一般的にワクチン接種の禁忌症は、(1)ワクチンやワクチンの成分にアレルギーがある方、(2)急性疾患の患者、(3)慢性疾患の急性発作の患者、(4)発熱している方、(5)妊娠中の女性です。

【注意事項】 接種後30分間の経過観察が必要です。もし接種後、体に異常変化があれば、速やかに受診し、接種を受けた施設に報告します。他のワクチンと同様に、本ワクチンの予防接種の保護効果は100%ではありません。以上の内容はワクチンの添付説明書をご参照ください。

【異常反応補償】 ワクチンの異常反応、或いは排除できないと診断された場合、ワクチン生産企業が自主的に入札し、予防接種異常反応の補償保険を引き受けた保険会社が保険金を支払います。

以上内容をよく読んでください。ワクチンの接種を受ける方は、健康状態や接種の禁忌症があるかどうかなどを確実に申告してください。

本欄は、接種を受ける方、または保護者が記入してください。

上記の情報を了解しました。健康状態や接種の禁忌症の有無などを確実に申告しました。

接種を受ける方／保護者： 日付： 年 月 日

保護者と接種を受ける方の関係：○母 ○父 ○その他(明記してください)

安全で効果的に接種するために、医療関係者は以下の健康情報を採取し、医学的アドバイスをを行います。

発熱、各種の急性疾患、慢性疾患の急性発作期 はい／いいえ

ワクチンやワクチンの成分に対するアレルギー、重篤なワクチンのアレルギーの既往歴 はい／いいえ

てんかん、脳疾患、その他の進行性神経系疾患 はい／いいえ

妊娠中の女性 はい／いいえ

重篤な慢性疾患* はい／いいえ

*号は本ワクチンの接種は慎重に行います。

医学的アドバイス: 今回の新型コロナウイルスの不活化ワクチンの接種

- 接種可能
- 接種延期
- 接種不可

医療関係者：日付： 年 月 日

連絡電話： 接種機関(捺印)：

健康質問を受けましたので、医学のアドバイスに同意します。

接種を受ける方／保護者： 日付：年 月 日

新型コロナウイルスワクチン接種の免責承諾書

氏名 性別 年 月 日に生まれ

パスポート番号(または中国永久居留身分証番号)_____。私はすでに新型コロナウイルスワクチンの接種に関する同意書を詳しく読み、上記の書類の内容を同意し、自らの希望で、自費で新型コロナウイルスワクチンを接種することを承諾しました。健康状態や接種の禁忌症の有無などを接種施設の担当者に確実に申告することを承諾しました。また、ワクチンの種類、効能効果、禁忌症及びワクチン接種による副作用がよく理解しました。予防接種によるリスクはすべて自己責任です。

本人の名前(印刷書体):

本人の署名:

日付:2021 年 月 日