

# ◆◆◆新型コロナウイルスワクチン接種同意書◆◆◆

以下の説明を読んで同意された方のみご記入（署名）ください

新型コロナウイルスワクチンは新型コロナウイルス感染症の感染を予防する目的で接種します。ワクチンを接種することにより、副反応として皮膚の発赤やじんましん、その他アレルギー反応、まれにアナフィラキシーショックなどの重篤な反応をおこすことがありますので、ワクチン接種のご案内（新型コロナウイルスワクチン コミナティを接種される方とそのご家族へ）をご一読ください。

また副反応発症に対し治療が必要な場合は、健康保険は使用できますが自己負担分はお支払いしていただく必要があります。ただし、重篤な健康被害に対しては、予防接種法に基づく健康被害救済を受けることができます。

**新型コロナウイルスワクチンの効果と副反応を理解し、接種に同意します。**

令和 年 月 日

**《接種者本人》**

(ふりがな) .....

接種者氏名 \_\_\_\_\_

**《代諾者》**

(ふりがな) .....

代諾者氏名: \_\_\_\_\_ (被接種者との関係: \_\_\_\_\_)

代諾者連絡先電話番号: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

住所: 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_