

# ◆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疹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重篤な反応をおこすことがありますので、新型コロナワクチン予防接種についての説明書をご一読ください。

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。  
被接種者が自署できない場合は施設代表者による予診票への代筆を委任いたします。

令和 年 月 日

《接種者本人》

ふりがな

接種者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_年 月 日

《代諾者》

代諾者氏名 \_\_\_\_\_ (本人との関係 \_\_\_\_\_)

代諾者連絡先電話番号 \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_