改訂日: 2026 年 09 月 09 日

トラベルクリニック診療内容に関する同意書

国立健康危機管理研究機構　国立国際医療センター 病院長 殿

私は、以下の項目について説明資料を確認し、説明医師（氏名：　　）から説明を受け、内容を理解した上で、その実施に同意します。同意は自由意思によるもので、実施前に変更・撤回できます。同意しない場合または撤回した場合、当該予防接種等は実施されませんが、それを理由にその他の診療上の不利益を受けることはありません。

以下の説明を受けた項目に☑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、費用等）

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〇を付けてください。

A 型肝炎、B 型肝炎、破傷風、狂犬病、日本脳炎、腸チフス、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、水痘、MR（麻疹・風疹）、帯状疱疹、IPV(不活化ポリオ)、DPT（百日咳・破傷風・ジフテリア）、五種混合(DPT-IPV-Hib)、4 価髄膜炎菌、肺炎球菌 23 価、肺炎球菌 20 価、肺炎球菌 21 価、9 価 HPV、BCG、ロタウイルス、RSV、ダニ媒介性脳炎、新型コロナワクチン、不活化インフルエンザ、経鼻弱毒生インフルエンザ、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等

↓接種予定のワクチンに〇を付けてください。

輸入 A 型肝炎(Havrix)、輸入狂犬病(Verorab)、輸入成人用三種混合(Tdap)、輸入 MMR（麻疹・風疹・流行性耳下腺炎、Priorix)、輸入髄膜炎菌 B 型(Bexsero)、輸入コレラ(Dukoral）、その他（　　）

□　添付文書に記載のない用法・用量・対象者で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・未承認新規医薬品等使用説明書(Hib)

□　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）

□　国内では適応外使用（保険適用外）とな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

□　国内では適応外使用（保険適用外）となる高山病予防内服についての説明

資料名：高山病の予防内服について

☑ ワクチン接種費用は、当院トラベルクリニックのワクチン価格表に基づく自費診療であり、相談料、ワクチン料金、証明書作成料等が発生することを確認した。

☑ 医師との相談でワクチン接種や検査実施の方針を決定後、自身の都合により診療を中止する場合は（ワクチン開封・調製後に使用できなくなる等により）当該予防接種や検査の料金を支払う必要が生じる。

同意日　　年　　月　　日

同意者（接種を受ける人）　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者（接種を受ける人が 18 歳未満の場合）　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄（　　）