



かわかみ小児科クリニック

フルミスト（4価経鼻インフルエンザ生ワクチン）同意書

氏名 _____ 年齢 _____ 歳

住所 _____

貴院のフルミストについての説明文書をすべて読み、その効果、副反応などについて理解した上で接種を希望します。

また、フルミストは厚生労働省未認可のワクチンであり、万が一の健康被害が発生した場合の医薬品医療機器総合機構による補償（副作用被害救済制度）はなく、自己責任での接種であることについても同意いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

署名 _____ （代筆者の場合、続柄 _____ ）