

ワクチンスケジュール立案のご説明

はじめに以下の説明をよく読んで下さい。

- 1) **立案の対象となるお子さんは1歳まで**で、その間に必要なワクチンの立案を行います
- 2) ご提案させて頂くスケジュールは、考えられる組み合わせのうちの一例です。
- 3) 申し込み書の記載内容に不備があった場合、接種に支障(接種回数の過少、過剰、接種間隔の超過など)が生じても、本院ではいかなる補償も負いかねますのでご了承下さい。
- 4) 体調等によりスケジュール通りに接種出来ない場合、見直しが必要になります。
- 5) 本院での明らかな過失がない限り、ご提案したスケジュールにより接種したワクチンで副反応が生じても、特別の責務を負うことはできません。(ワクチンにより起こりうる副反応が生じた場合、その補償等は法律で規定された制度によります。)
- 6) ワクチンスケジュールのご提案は予約の成立ではありません。原則として、ワクチン接種のご予約は保護者の操作により行って下さい。
- 7) ただし、立案したスケジュールの初回分のみ、受付に直接ご連絡頂ければ優先的に予約を行わせて頂きます。

以上をご理解の上、同意される場合はご署名の上2枚目の用紙のみを、次のいずれかの方法で提出して下さい

- ① FAX
- ② 診療時間内に本院受付へ持参いただく(本院郵便ポストへの投入も可)
- ③ 郵送 529-1601 滋賀県蒲生郡日野町松尾2丁目88 -7 宛

ワクチンについてより良く知って頂くために

本院ホームページ あいさか小児科 ワクチン)

検索: 日本小児科学会推奨の予防接種スケジュールの主な変更点

同時接種については

次ページ(ワクチンスケジュール立案申し込み書)

ワクチンスケジュール立案申し込み書

ワクチンスケジュール立案に関する説明(前ページ)を理解し、

内容に 同意します()・同意しません() ご署名 _____

お子さんのお名前・生年月日 お名前 _____ 平成 年 月 日生

保護者の方のお名前・ご住所 お名前 _____

〒 _____ ご住所 _____

回答の方法(いずれかに○をつけて下さい) FAX() → FAX 番号 _____

保護者のご住所へ郵送()

現在までのワクチン接種状況

ヒブ 全く未接種 or ()回接種済み 最終接種日(年 月 日)

小児肺炎球菌 全く未接種 or ()回接種済み 最終接種日(年 月 日)

4種混合 全く未接種 or ()回接種済み 最終接種日(年 月 日)

BCG 未接種 or 接種済み

上記以外のワクチン(種類 _____)を()回接種済み 最終接種日(年 月 日)

現時点で接種が決まっているワクチンがあればご記入下さい(ワクチン名、何回目、予定日)

スケジュールを組んでほしいワクチン(○をつけて下さい)

ヒブ()、小児肺炎球菌()、4種混合()、BCG()、麻疹・風疹()、

ロタウイルスワクチン(9250 円)()、 B 型肝炎ワクチン(5150 円)()

同時接種についての希望(○をつけて下さい)

スケジュールは

()できるだけ同時接種で行いたい

()個別接種を希望するが、必要なら同時接種してよい

()全て個別接種(1種類ずつの接種)で行いたい

*最大5種類までの同時接種を行っています

その他特別なご希望があればお書き下さい

FAX の場合 0748-53-8138までお送りください