

麻しん（風しん）予防接種遅延事由書

住 所	大紀町		
フ リ ガ ナ		生年月日	年 月 日
受ける人の氏名			
保護者名		電 話	

上記の者は、下記の理由により定期の予防接種の期間内に、麻しん風しん混合ワクチン及び麻しん（風しん）単抗原ワクチンを接種することが出来なかったため、麻しん風しん混合ワクチン及び麻しん（風しん）単抗原ワクチンの接種を行いました。

●定期の予防接種の期間内に接種できなかった事由● （具体的に記入してください。）

[

保護者への説明及び麻しん（風しん）任意予防接種済証明

- この接種は、任意接種となること。
- 予防接種の効果や副反応についての説明。
- 万が一健康被害が発生した場合は、法に基づく健康被害救済制度によるものではなく、医薬品副作用救済制度による救済となること。

上記の事を保護者に説明をし、理解を得た上で接種しました。

接種年月日	医療機関名	医師署名又は記名押印
年 月 日		⑩

麻しん（風しん）任意予防接種承諾書

この予防接種は、任意接種となります。万が一、副反応が出た場合の救済制度は、法に基づく健康被害救済制度ではなく、医薬品副作用被害救済制度（注）による救済となります。

上記のことを理解し、承諾しました。	年 月 日	保護者自署
	年 月 日	

（注） 医薬品副作用被害救済制度とは？

医薬品を適正に使用したにもかかわらず、副作用による健康被害が発生した場合に医療費等の諸給付を行なう制度です。