

子宮頸がんワクチン 適正接種のための理解確認事項

- | | 保護者 | 本人 |
|-----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1、子宮頸がんがどのようながんであるか理解しました | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2、子宮頸がんワクチンの効果について理解しました | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3、このワクチンを受けても子宮頸がんの検診が必要
であるということを理解しました | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4、ワクチンの副作用でまだ十分に説明されていない点
があることを理解しました | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5、接種後、多少の不調があっても普段の生活を送る
ことが大事であることを理解しました | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

私は子宮頸がんワクチンに関する説明を受けその内容を理解しました。

患者署名欄

西暦 年 月 日

患者氏名 _____

保護者氏名 _____