

HPV ワクチン接種歴未確認に関する同意書

シヨコラウイメンズクリニック 院長 木崎 尚子 殿

私は、HPV ワクチン接種を希望していますが、

母子手帳紛失のため

()

同ワクチンについて過去の接種歴について確認が取れない状態となっております。

同ワクチンの接種状況において、下記のように申告いたします。

過去に接種歴はありません

過去に1回接種済みです

・接種医療機関名：

・接種日：

・ワクチン種類：サーバリックス ガーダシル シルガード9 不明

上記申告の通り接種歴はありますが、接種医療機関に確認が取れない状況です。

過去に2回接種済みです

1回目接種日：

・接種医療機関名：

・ワクチン種類：サーバリックス ガーダシル シルガード9 不明

2回目接種日：

・接種医療機関名：

・ワクチン種類：サーバリックス ガーダシル シルガード9 不明

上記申告の通り接種歴はありますが、接種医療機関に確認が取れない状況です。

今回の接種後、過去に3回の HPV ワクチンの接種歴が判明した場合は、ワクチン代および接種費用について、自己負担となることに同意いたします。

年 月 日

氏名：

住所：

電話番号：

18歳未満の方は保護者欄も記載してください→ 保護者氏名：

保護者連絡先：