

輸入ワクチンの使用に関して

立命館保健センター・診療所

【衣笠キャンパス】 京都市北区等持院北町 56-1

☎ 075-465-8232、fax 075-466-3422

【びわこさつキャンパス】 草津市野路東 1 丁目 1-1

☎ 077-561-2635、fax 077-561-2636

【大阪いばらきキャンパス】 大阪府茨木市岩倉町 2-150

☎ 072-665-2110、fax 072-665-2119

本学では渡航先での安全を確保するため、あるいは現地の法律に準拠するために以下の輸入ワクチンをお勧めすることがあります。これまでは学外のトラベルクリニック(大阪など)での接種を勧めてきましたが、学生の利便性を考慮して、2017 年から大学の診療所でも下記の輸入ワクチンの取り扱いを開始しました。

- | | | |
|---------------------|-----------|------------------------|
| 1. 狂犬病 | Verorab | サノフィーパスツール |
| 2. 腸チフス | Typhim Vi | サノフィーパスツール |
| 3. 成人用 3 種混合 (Tdap) | Boostrix | グラクソ・スミスクライン株式会社 (GSK) |

※各疾患・ワクチンの詳細については別にお渡ししているそれぞれの注意書き・説明書をご確認ください。

※輸入ワクチンは日本国内では未承認ですが、多くの国で使用されて安全性・有効性は確立しています。

日本で未承認の薬品で副反応や後遺症が生じた場合には予防接種健康被害者救済制度や医薬品副作用被害救済制度の適応外とされています。輸入ワクチンで万が一副反応により永続的な障害が発生した場合や死亡した場合は、輸入代行業者が提供する被害者救済制度の適応となる場合があります。

詳細については Monzen Corporation ホームページ (<http://www.monzen.co.jp/>) を参照ください。

説明医師 _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

輸入ワクチンの使用に関する同意書

輸入ワクチンの使用に関して説明を受けました。

接種を受けることに

同意いたします

同意いたしません； 輸入ワクチンの接種は受けません

署名 本人 _____

父母等 _____

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人住所

2023 年 8 月