

RS ウイルスワクチン（アブリスボ）接種に関する承諾書

【宛先】 清風会ハートクリニック 担当医師 殿

【患者情報】

氏名： 生年月日： 年 月 日

住所：

現在の妊娠週数： 週 日（出産予定日： 年 月 日）

* 定期接種の適応は接種時、28 週 0 日から 36 週 6 日までの間です。

【主治医記入欄】

上記の妊婦について、現在の妊娠経過を鑑み、RS ウイルスワクチン
（商品名：アブリスボ）の接種について以下の通り判断いたします。

1. 接種の可否

- [] 接種を推奨・許可する
- [] 接種を推奨・許可しない

2. 留意事項・特記事項

- [] 特になし

- []

【記載日】 年 月 日

【医療機関名】

【医師氏名】

印