

# 4種混合ワクチン（任意接種）

（ポリオ、百日せき・ジフテリア・破傷風の混合ワクチン）

の治験にご協力ください。



## \*対象者となるお子さま\*

対象者：以下の①～③を満たすお子さま（男女不問）

- ① 治験薬接種時の年齢が、**5歳以上7歳未満の日本人**のお子さま
- ② **1期接種が完了**しているお子さま
- ③ これまでにDPTワクチン、DTトキソイド、ジフテリアトキソイド、破傷風トキソイド、ポリオワクチンの接種を一度も受けていないお子さま  
**（母子手帳を確認いたします）**

その他、担当医師がいくつかの事前確認や診察を行います。

## \*治験の概略\*

- 治験期間中は2回来院していただきます。  
（ご参加いただく期間は約29日間です。）
- 来院毎に効果を確認するための採血検査があります。

この治験は4種混合ワクチンを追加で接種した場合の安全性と、抗体の出来具合を調べることを目的としています。

## \*費用に関して\*

- 治験のための診察や検査に関する費用のご負担はありません。  
※診察基本料金（初診料、再診料）をはじめ、治験に参加いただく方にご負担いただく費用も一部ございます。
- 交通費などの負担を軽減するため、所定の金額をお支払いいたします。

なお、事前確認や診察結果により、ご希望に添えない場合もありますので、あらかじめご了承ください。

ご関心をお持ちになられた方は、お気軽にお問い合わせください。

### 【連絡先】

医療法人社団 青い空にナナカマド 田園調布ファミリークリニック  
電話番号：03-3721-1234（代表番号）



※治験とは、新しい薬を開発するために、有効性（効き目）や安全性（副作用）を確認する試験のことです。

※本治験への参加に同意した後でも、いつでも参加を取りやめることができます。