

## 予防接種同意書

この同意書は、13歳以上16歳未満の者を対象として実施する下記の予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。

どちらかを○で囲んでください。

- ・日本脳炎
- ・ヒトパピローマウイルス(子宮頸がん予防)

上記の予防接種を受けるにあたって、予防接種についての説明書を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解したうえで、子どもに接種させることを同意します。

また、病歴・健康状態・接種当日の体調等を考慮した上で接種することに同意します。なお、別紙の説明書及び本同意書が、保護者の予防接種に対する理解を深める目的で作成されていることを理解し、本同意書が市に提出されることに同意します。

年 月 日

(予防接種を受ける人) 氏 名 \_\_\_\_\_

生 年 月 日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

保護者の署名 \_\_\_\_\_

緊急の連絡先 (携帯電話等) \_\_\_\_\_

### 注意:

予防接種には原則、保護者の方が同伴してください。

この同意書は、やむを得ない理由によりお子様が1人で予防接種を受ける場合に、必ず予診票とあわせて医療機関に提出させるようにしてください。また、予診票の保護者自署欄についても必ず保護者の記入が必要です。

**※医療機関の長 様** この同意書は予診票とあわせて市へ提出ください。