

日本脳炎予防接種同意書(13歳以上20歳未満対象)

接種当日、保護者が同伴しない場合は、

① この同意書

② 予診票

に必要事項の記入と、保護者自署欄に署名の上、2枚とも予防接種実施医療機関に持参してください。

それぞれに保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

○保護者の方へ 必ずお読みください。

13歳以上20歳未満の方については、保護者が予診票及び本同意書に署名することで、保護者が同伴しなくても予防接種を受けることができます。

予防接種の説明内容をよく読み、十分理解し、納得されたうえで、お子様に接種することを決めてください。

なお、接種を受ける方が既婚者の場合は、保護者自署欄の署名は本人となり、この同意書も必要ありません。

日本脳炎の予防接種を受けるにあたっての説明を読み、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健康被害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に同意します。

また、本同意書が市に提出されることに同意します。

保護者自署 _____

被接種者氏名 _____

住 所 _____

緊急の連絡先 _____

※接種当日、保護者の方に緊急に連絡が取れる電話番号