

日本脳炎予防接種を受けるに当たっての同意書

○保護者が同伴しない場合は、必ず接種時にこの用紙と予診票を持参してください。

別紙「日本脳炎予防接種を受けるに当たっての説明」をよく読み、十分理解し、納得した上でお子様に接種することを決めてください。接種させることを決めた場合で、保護者が同伴しない場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。(署名し持参いただけない場合、予防接種は受けられません)

※ 接種を希望しない場合には、自署欄に記載する必要はありません。

※ 稲城市への予診票の提出を拒否される場合も、記載の必要はありませんが、公費（無料）ではこの予防接種は受けられません。個人で受ける有料の接種となります。

日本脳炎予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、^{しゅうみく}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上で、子どもに接種させることに同意します。

このことを理解の上、予診票が稲城市に提出されることに同意します。

保護者自署 :

住 所 :

緊急の連絡先 :

※ 接種日現在 13 歳以上 16 歳未満のお子様を対象として実施する日本脳炎予防接種において、保護者が同伴しない場合で、お子様が一人で予防接種を受ける場合に必要となるものです。

★ 保護者が同伴しない場合は、この同意書と予診票に、保護者の記載と保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

《 接種前の女性に対する診察についてお願い 》

この予防接種を受けるに当たって、女性の方に予診票の質問事項の「現在妊娠している可能性はありますか」の問いを医師より接種者本人に再確認させていただきます。なお、診察時には、本人のプライバシーに配慮し、保護者の方に退出をお願いする場合がありますのでご理解ご協力をお願いします。

説明文で不明な点は、医師に相談するか又は保健センターに問い合わせください。

稲城市保健センター（稲城市役所福祉部健康課） ☎ 042-378-3421

医療機関は、予診票と一緒にこの用紙を提出してください。