

# 同意書（保護者の同伴がない場合は、必ず提出すること）

○保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

「日本脳炎予防接種のお知らせ（以下、「お知らせ」）」に記載されている内容をよく読み、十分理解し、納得され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定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。（署名がなければ予防接種は受けられません）

「お知らせ」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（被接種者）に接種させることに同意します。

「お知らせ」は、保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上、この用紙が市区町村に提出されることに同意します。

年 月 日 保護者自署 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

緊急の連絡先 \_\_\_\_\_

被接種者名 \_\_\_\_\_ 平成 年 月 日生（ 歳 ヶ月）

※この同意書は、平成7年4月2日から平成19年4月1日までの間に生まれた13歳以上20歳未満の方を対象として実施する日本脳炎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。お子様が1人で予防接種を受ける場合は必ずこの同意書を提出させるようにしてください。

同意書の提出がないと予防接種は受けられません。

き り と り 線

※母子健康手帳を紛失された方のみ、保護者の方が※印に記入し、接種後は大切に保管してください。

## 日本脳炎予防接種済証

東 大 和 市

※氏名 \_\_\_\_\_

※生年月日 \_\_\_\_\_

※住所 \_\_\_\_\_

接種回数		接種年月日 Y/M/D（年齢）	メーカー／ロット Manufacturer/Lot. No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
1期	初回1回目	（ 歳）			
	初回2回目	（ 歳）			
	追加	（ 歳）			
2期		（ 歳）			