

同 意 書

—予防接種に保護者が同伴しない場合—

※16 歳未満の予防接種の実施にあたっては、原則保護者の同伴が必要です。

※本様式は、予防接種において、13 歳以上 16 歳未満の未成年で保護者が同伴しない場合に必要となるものです。
この同意書に保護者が自ら署名することで同伴がなくても予防接種を受けることができます。お子様が一人で予防接種を受ける場合、保護者が記入・署名した「接種予診票」とこの「同意書」を接種する医療機関に提出してください。

★保護者のかたへ：下記事項をよくお読みください。

「予防接種のお知らせ」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、保護者は「接種予診票」とこの「同意書」に記入・署名してください。

※ 「接種予診票」と「同意書」両方に保護者の記入・署名がないと予防接種は受けられません。

※ **子どものインフルエンザ、男性への HPV** の「接種予診票」は、目黒区内実施医療機関に用意してあります。接種を受ける場合は、あらかじめ目黒区内実施医療機関より「接種予診票」を入手してください。

同 意 書

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（定期接種と任意接種で異なります。）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。

なお、「予防接種のお知らせ」は保護者のかた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、本様式が区に提出されることに同意します。

同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

受ける予防接種： ☐ ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症
☐ インフルエンザ
☐ その他（_____）

被接種者
(子ども)

氏 名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者

住 所： _____ 目黒区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号

緊急連絡先： ※ 接種当日、連絡がとれる電話番号
(_____) _____ - _____

氏 名： ※ 必ず自署してください。
(署名)
