

## RSウイルスを接種する 16 歳未満の方・保護者の方へ

### (予診票の記載)

接種を受ける際、別添予診票の①～④を保護者の方がご記入ください

↓ 予診票における記載箇所

RSウイルスワクチン予防接種希望書 (必ず医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)			
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種を希望しますか。			
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。		( 接種を希望します・接種を希望しません )	
このことを理解の上、本予診票が区に提出されることに同意します。			
①	年 月 日	被接種者署名 ②	
		代筆者氏名 ③	続柄 ④
(自署できない方は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)			

- ①: 接種を受ける当日の日を記載
- ②: 接種を受ける方の氏名を記載
- ③: 同伴する保護者の氏名を記載
- ④: 続柄を記載

### (保護者同伴)

接種を受ける方が 16 歳未満の場合、接種時に保護者の同伴が原則必要です

接種を受ける方の年齢	保護者の同伴	備考
16 歳以上	<b>不要</b>	接種を受ける方の同意のみで接種が受けられます
13 歳以上 16 歳未満	<b>原則必要</b>	裏面の同意書と別添の予診票の上記①～④を事前に保護者が記載した場合、保護者同伴不要です
13 歳未満	<b>必要</b>	

(お問い合わせ先)

江戸川区 保健予防課 庶務係

TEL:03-5661-5209

(裏面あり)

## 保護者の同意について

予防接種を希望される 13歳以上16歳未満のお子様の保護者の方へ

### 下記事項をよくお読み下さい

接種には原則、保護者の同伴が必要ですが、保護者が接種に同伴しない場合は、これから受ける予防接種の「予防接種のお知らせ」(説明書)に記載されている内容をよく読み、十分に理解し、納得した上で接種することを決めてください。

保護者が接種に同伴しない場合は、下記の同意書に保護者のご署名をお願いいたします。

### 同意書欄(保護者が同伴しない場合)

#### 同 意 書

予防接種を行う上で、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健康被害が生じた場合の救済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。また、本同意書が江戸川区へ提出されることに同意します。

年 月 日

保護者自署

住 所

緊急連絡先

**※この同意書は、保護者が自署し予診票とともに接種医師へ提出してください。**

医療機関の方へ

○ 13歳未満のお子様は、保護者の同伴が必要です。

○ 13歳以上16歳未満のお子様は、この同意書と予診票のRSウイルスワクチン予防接種希望欄の署名により、保護者の同意が確認できれば、保護者の同伴なく接種を受けることができます。