

◀ 日本脳炎予防接種専用 ▶

保護者の同意について

**日本脳炎予防接種対象となっている13歳以上のお子様をお持ちの保護者の方へ
下記事項をよくお読み下さい**

接種には保護者同伴が原則ですが、保護者が接種に同伴しない場合は、「日本脳炎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。接種を希望した場合は、この同意書に必ず署名をしてください。

※署名がなければ予防接種は受けられません

保護者が同伴しない場合について、以下の『同意書』へ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

あなたのお子さんの病歴・健康状況・接種日当日の体調等を考慮した上で、接種することに同意しますか。

同意します 同意しません

日本脳炎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。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 _____

緊急時の連絡先

電話番号 _____

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