

保護者の同意について

日本脳炎予防接種を希望される13歳以上16歳未満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、「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。

保護者が接種に同伴しない場合は、次の①及び②に保護者のご署名をお願いいたします。

① 予診票の保護者自署欄

② 以下の『同意書』

※①及び②に署名がなければ予防接種は受けられません

同意書欄（保護者が同伴しない場合）

同 意 書

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。

令和 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歳未満のお子さんは、保護者の同伴が必要です。

○ 13歳以上16歳未満のお子さんは、この同意書と予診票の保護者自署欄の署名により、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。

○ 16歳以上18歳未満のお子さんは、法律上は保護者の同意なく接種することができますが、できるだけこの同意書により保護者の同意を得るようお願いしています。