

子宮頸がん予防ワクチン予防接種同意書

逗子市

保護者の方へ

- 13 歳以上のお子さんについては、保護者の同意があれば、当同意書を提出することで保護者の同伴なく予防接種を受けることができます。
※16 歳以上 18 歳未満のおさんは、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てから接種するようにしてください。
- この保護者の同意は、予診票の保護者自署欄（16 歳以上の方は自署）と「この同意書の同意欄」への記載により確認します。
- 同意にあたっては、以下の事項と予診票に記載されている内容もよく読み、十分に理解し、納得されたうえでお子様に接種することを決めてください。
- 同伴せずに接種させることを希望する場合は、以下の保護者自署欄に署名してください

同 意 書

HPVワクチン（ヒトパピローマウイルス感染症）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について理解した上で、子に接種させることに同意します。

なお、本説明書は、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うえ、本様式が逗子市に提出されることに同意します。

被接種者氏名 _____

保護者自署 _____

住所 _____

緊急連絡先 _____

医療機関の方へ

- 13 歳以上のお子さんについては、保護者の同意があれば、保護者の同伴なく予防接種を受けることができます。※16 歳以上 18 歳未満のおさんは、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。
- 接種にあたっては、予診票の保護者自署欄（16 歳以上の方は自署）と「この同意書の同意欄」に必要な事項が記載されていることを確認してください。
- 接種後、本同意書は「①医療機関保管用」の予診票に添付し、予診票とともに医療機関で保管してください。