

# 日本脳炎予防接種保護者同意書

## 13歳以上16歳未満のお子さんをお持ちの保護者の方へ

保護者が同伴しない場合には、保護者の方が日本脳炎予防接種予診票とこの同意書の両方に署名が必要です。署名及び必要事項を記入のうえ医療機関へ提出してください。

**保護者の方へ：必ずお読みください。**

13歳未満のお子さんが日本脳炎予防接種を受けるには保護者の同伴が必要ですが、平成7年4月2日から平成19年4月1日までの間に生まれた13歳以上16歳未満の方で、平成17年度から平成21年度にかけての積極的勧奨（個別通知）の差し控えにより接種を受ける機会を逸した方については、保護者が別紙のお知らせの記載事項を読み、理解し、納得してお子さんに予防接種を受けさせることを希望する場合に、本書に署名することによって、保護者が同伴しなくてもお子様は予防接種を受けることができます。

**（保護者が同伴しない場合は、当日はこの用紙を必ず持参させてください。）**

本書への署名は、接種させることを判断する際の疑問等を、あらかじめかかりつけ医や保健所に確認し、十分納得したうえで接種させることを決めてからしてください。

### 【女性への注意事項】

妊娠している方又はその可能性がある方は、原則的に接種することができませんので、出産後又は妊娠していないことが確認された後適当な時期に接種を受けてください。なお、予防接種の有益性が危険性を上回ると判断された場合にのみ接種できます。接種に当たっては、接種を受ける医師、保健所にご相談ください。

別紙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、納得されたうえでお子さん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は、下記の保護者自署欄に署名してください。

**（署名がなければ予防接種は受けられません）**

**予防接種予診票にも自署欄があります。保護者が同伴しない場合は、保護者記入欄に保護者が署名した予防接種予診票を持参させてください。**

本書の説明を読み、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救済制度などについて理解したうえで、子どもに接種させることに同意します。

なお、本書は、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、本様式が区に提出されることに同意します。

保護者自署：

住 所：

緊急の連絡先：

接種を希望しない場合、保護者が同伴する場合、または受ける方が16歳以上の場合は提出が不要です。