

法定外 麻しん・風しん予防接種同意書

(13 歳以上 16 歳未満対象：保護者が同伴しない場合)

本様式は、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。お子様が1人で予防接種を受ける場合は必ずこの同意書を提出させるようにしてください。

なお、同意書及び予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

13 歳未満のお子様が予防接種を受けるには保護者の同伴が必要ですが、13 歳以上の方は、保護者が同封書類を読み、理解し、納得してお子様に予防接種を受けさせることを希望する場合に、この同意書に自ら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 (16 歳未満の方には、当日は同意書を必ず持参させてください)。

この同意書に署名するに当たっては、接種させることを判断する際に、疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医に確認して、十分納得したうえで、接種させることを決めてからにしてください。

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)。

なお、16 歳・17 歳の方は同意書は必須ではありませんが、事前に保護者の方がこの接種についてよく理解し、同意したうえでの接種をお願いします。

*** 予診票の保護者署名欄にも必ず署名してください。**

法定外麻しん風しんの予防接種を受けるに当たって同封の書類を読み、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上、本様式が三鷹市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（電話番号）

(医療機関で受け取り、予診票とともに市へ提出)

母子健康手帳を紛失してしまった方へ

- ① 氏名、生年月日、住所をご記入ください。
- ② 接種後に、接種年月日、使用ワクチン名等、医師名等を医療機関にて記入してもらい、切り取ってお持ち帰り保管してください。

切 り 取 り

三 鷹 市 法定外麻しん・風しん 予 防 接 種 記 録 書

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

住所 三鷹市 _____

接種年月日	使用ワクチン名 メーカー/ロットNo.	実施場所 医師名（接種者署名）

接種回数（今日実施した接種にチェックをつける）

☐ 1 回目 • ☐ 2 回目