

同 意 書

日本脳炎の予防接種について、川越市から配られている説明書を読み、予防接種の対象者、予防接種の効果や目的、予防接種後に通常起こり得る主な副反応及びまれに生じる重篤な副反応発症の可能性並びに健康被害発生時の補償などについて理解しました。その上で、子どもの病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮し、当日子どもが一人で日本脳炎の予防接種を受けることについて同意します。

また、予防接種の安全性の確保のため予診票が川越市に提出されること、川越市が事務処理を行うにあたり必要な範囲において、住民基本台帳等を閲覧することについても併せて同意します。

令和 年 月 日

(提出先)

川 越 市 長

被接種者

氏 名 _____

生年月日 令和 年 月 日 _____

住 所 川越市 _____

保 護 者 (被接種者との続柄: _____)

氏 名 _____ 印

住 所 _____

緊急時の連絡先
電 話 番 号 (_____) _____

※本同意書は、未成年の方が日本脳炎の予防接種を受ける際に保護者が同伴しない場合に必要となるものです。お子様が一人で予防接種を受ける場合は必ず記名、押印し、医療機関窓口へご提出ください。

※13歳未満の方は本同意書があったとしても、保護者の同伴なしには日本脳炎の予防接種を受けることはできません。

※各医療機関においては、受け取った同意書を予診票とともに川越市にご提出ください。