

日本脳炎予防接種 保護者同意確認書

○保護者の方へ：下記の事項をよくお読み下さい。

本様式は、日本脳炎の予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。

お子さんが1人で接種を受ける場合は、必ずこの様式の保護者自署欄に署名をし、医療機関に提出してください。

※予診票に添付してある「説明書」の内容をよく読み、十分理解し、納得された上で接種することを決めて下さい。

○保護者の署名がなければ予防接種は受けられません

日本脳炎の予防接種についての説明書を読み、子どもの病歴・健康状況・接種当日の体調を考慮し、予防接種の効果や目的、副反応発症の可能性及び予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で接種させることに同意します。

お子さんの氏名 _____

お子さんの生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

今回接種する日本脳炎の回数（○で囲む）

第1期初回1回目 第1期初回2回目 第1期追加 第2期

年 月 日

保護者自署 _____

住 所 _____

緊急の連絡先 _____