

同 意 書

_____の予防接種について、「予防接種と子どもの健康」や各予防接種の説明書を読み、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、被接種者の病歴、健康状況、接種当日の体調等を考慮し、当日被接種者が1人で_____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。

年 月 日

(提出先)
川越市長

被接種者

氏 名

住 所 川越市

生年月日 年 月 日

保護者（被接種者との続柄：_____）

氏 名 印

住 所 川越市

緊急時の連絡先

電 話 番 号 (_____)

- ※本同意書は、13歳以上の未成年の方（既婚者を除く）が、定期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。保護者が同伴しない場合は、必要事項を全て記入し、押印の上、接種を受ける医療機関へ提出してください。
- ※13歳未満の方は、本同意書があっても、保護者の同伴なしに予防接種を受けることはできません。
- ※医療機関は、受け取った同意書を予診票とともに川越市に提出してください。