

(様式 3 - 4)

【ヒトパピローマウイルス感染症予防接種】
接種を受ける者に対して保護者が同伴しない場合

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種において保護者が同伴できない方へ（13歳以上に限る）

13歳以上16歳未満の方（小学6年生及び12歳の中学1年生を除く）で保護者の同伴なしに接種を受ける場合は、保護者の事前の同意が必要です。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及び予診票に署名をして提出してください。

ただし、婚姻されている方は、保護者が同意する必要はありません。

※接種を受ける方が婚姻している場合は、婚姻によって成年に達したものとみなされるため。

保護者が同伴しない場合の同意書

私はこの度、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるにあたっての説明を読み、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、また、病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮して、子どもに接種させることに同意します。

予防接種対象者現住所 _____

予防接種対象者氏名 _____

予防接種対象者生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者署名 _____ (予防接種対象者との続柄： _____)

緊急の連絡先 _____

この同意書は、接種を受ける方が保護者の同伴なしに接種する場合に、予防接種の安全性の確保を目的に同意していただいていますので、目的以外には使用せず、実施する市町に保管されることになります。

なお、本書によって集められた情報は他に提供されることはありません。

日本脳炎の予防接種において保護者の同伴ができない方へ（13歳以上に限る）

13歳以上16歳未満の者を対象として実施する日本脳炎の予防接種において、保護者が同伴しないで接種を受ける場合は保護者の方の同意が必要です。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及び予診票に署名をして提出してください。

ただし、婚姻されている方は、保護者が同意する必要はありません。

※接種を受ける方が婚姻している場合は、婚姻によって成年に達したものとみなされるため。

保護者が同伴しない場合の同意書

私はこの度、日本脳炎の予防接種を受けるに当たっての説明を読み、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、また、病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮して、子どもに接種させることに同意します。

予防接種対象者現住所 _____

予防接種対象者氏名 _____

予防接種対象者生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者署名 _____ (予防接種対象者との続柄: _____)

緊急の連絡先 _____

この同意書は、接種を受ける方が保護者の同伴なしに接種する場合に、予防接種の安全性の確保を目的に同意していただいていますので、目的以外には使用せず、実施する市町に保管されることになります。

なお、本書によって集められた情報は他に提供されることはありません。

委 任 状

(予防接種における保護者以外の同伴)

令和 年 月 日

私は、下記被接種者（子ども）が予防接種を受けるにあたり、特段の理由により同伴できないため、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、下記受任者を被接種者（子ども）の健康状態を普段より熟知している親族等であることと認め、予防接種に係る同意について委任いたします。

また、本委任状が居住地の市町に提出されることに同意します。

1	被接種者 (子ども)	住 所	電話番号 ()	
		(フリガナ) 氏 名	(フリガナ)	
		生年月日	年 月 日	
2	保護者氏名 (自署)		続柄	
3	委任理由		仕事 ・ 病気 ・ その他 ()	
4	予防接種名			
5	受任者	住 所	電話番号 ()	
		(フリガナ) 氏 名	(フリガナ)	
		被接種者 との関係		

※保護者とは親権を行うもの又は後見人である者を示します。