

## 日本脳炎予防接種同意書 (13歳以上18歳未満用)

日本脳炎予防接種説明書を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性、健康被害発生時の補償制度などについて理解しました。

その上で、子どもの病歴、健康状況及び接種当日の体調等を考慮し、当日子どもが一人で予防接種を受けること及び予防接種の安全性の確保のため、日本脳炎予防接種予診票が宇都宮市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日

<提出先>

(あて先) 宇都宮市長 佐藤 栄一

### 【被接種者】

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日：平成 年 月 日 ( 歳)

住所：宇都宮市 \_\_\_\_\_

### 【保護者】

氏名： \_\_\_\_\_ (印) (続柄： \_\_\_\_\_)

住所：宇都宮市 \_\_\_\_\_

緊急時の連絡先： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_)

※本同意書は、日本脳炎予防接種の接種時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には署名、押印（朱肉印に限る。）し、保護者のサインを記入した予診票と一緒に、接種する医療機関へ必ずご提出ください。