

## 日本脳炎予防接種同意書 (13歳以上 16歳未満用)

日本脳炎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、健康被害発生時の補償制度などについて理解したうえで、子供に接種させることに同意します。

なお本同意書は、保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上、本様式が湖西市に提出されることに同意します。

年 月 日

<提出先>

(あて先) 湖 西 市 長

### 【被接種者】

氏 名: \_\_\_\_\_

生 年 月 日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

住 所: 湖西市 \_\_\_\_\_

### 【保護者】

氏名 (自署): \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

住 所: 湖西市 \_\_\_\_\_

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。