

【予防接種の対象となっている小学6年生～高校1年生に相当する年齢のお子さまをお持ちの保護者の方へ】

※予診票と母子健康手帳を持参してください。

これまで、お子さまの予防接種の実施に当たっては、保護者の同伴が必要となっていました。13歳以上16歳未満の方へのヒトパピローマウイルス感染症の予防接種については、保護者が説明書をよく読み、理解し、納得してお子さまに予防接種を受けさせることを希望する場合に、この予診票に自ら署名することによって、保護者が同伴しなくてもお子さまは予防接種を受けることができるようになりました。

同意書

ヒトパピローマウイルス感染症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上で、子どもに接種させることに同意します。

なお、本説明書は、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、本様式が市町村に提出されることに同意します。

保護者自署 : _____

住 所 : 大和高田市

緊急の連絡先 : _____

◎ 本様式は、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。

満16歳未満のお子さまが、一人で予防接種を受ける場合は、必ず上記の同意書に署名してください。

保護者の署名がないと予防接種は受けられません。