

## RS ウイルス感染症定期予防接種保護者同意書

この同意書は、16 歳未満の女性が保護者の同伴なしで接種を受ける際に必要です。

**○保護者の方へ:必ずお読みください。**

**【妊娠 28 週 0 日～36 週 6 日で RS ウイルス感染症定期予防接種対象者の 16 歳未満の女性の保護者の方へ】**

13 歳以上 16 歳未満の女性が保護者の同伴なしで RS ウイルス感染症定期予防接種を受けるには、保護者がお知らせの記載事項を読み、理解し、納得した上で、予防接種を受けさせることを希望してこの同意書に署名する必要があります。

(予防接種の当日はこの用紙と予診票を接種を受ける本人に持参させてください。)

予診票に同封されている RS ウイルス感染症定期予防接種のお知らせをよく読み、よく理解した上で決定してください。何か気にかかることがあれば、あらかじめ、かかりつけ医とご相談ください。

接種することを決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください(16 歳未満の方は、保護者の署名がなければ予防接種を受けられません。)

### 【同意欄】

RS ウイルス感染症定期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健康被害救済制度などについて理解し、接種を受ける者の病歴・健康状態・接種当日の体調等を考慮した上で、接種することに同意します。

なお、この説明書が、予防接種の安全性の確保であることを理解の上、本同意書が中央区に提出されることに同意します。

保護者自署

被接種者氏名

住 所

緊急の連絡先