

## 20歳未満のかたの予防接種に関する同意書

予防接種を希望する方が20歳未満で、接種当日に保護者の同伴が来ない場合は、予防接種の説明文書に記載されている内容をよく読み、予防接種の目的、効果、および副反応を十分に理解した上で、同意書にご記入してください。

1. 予防接種を受けるにあたって、副反応を含めた内容を理解した上で受診者に接種させることに同意します。
2. アナフィラキシーショックなどの副反応等により緊急事態が生じた場合、医師の判断に基づいて最良の救命処置を実施することに同意します。
3. 緊急事態が生じた場合は、治療を優先し、状況の説明や治療内容が事後報告になる場合があることに同意します。
4. 副反応等により緊急事態が生じた際には、保護者が速やかに来院することに同意します。
5. 接種を受ける受診者も、接種について納得しました。

年 月 日

受診者 氏名（自署） \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

保護者 氏名（自署） \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号（緊急時に連絡がとれる番号）  
\_\_\_\_\_