

子宮頸がん予防ワクチン同意書
(13歳以上で保護者が同伴しない場合)

○保護者の方へ：必ずお読みください。

・これまで、お子様の予防接種の実施に当たっては、保護者の同伴が原則必要です。ただし、13歳以上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、保護者が別紙の「子宮頸がん予防ワクチン接種のお知らせ」を読み、理解し、納得してお子様へ予防接種を受けさせることを希望する場合に、この同意書に保護者が署名することによって、保護者が同伴しなくてもお子様は予防接種を受けることができます。

・接種させることを判断する際に、疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医や厚生労働省のHPVワクチン相談窓口、八千代市母子保健課に確認して、十分納得したうえで、接種させることを決めてから署名してください。

・接種させることを決定し、保護者が同伴しない場合は、必ず下記のワクチン選択欄、保護者自署欄及び予診票の保護者自筆署名欄に署名してください。（署名がなければ予防接種は受けられません）

・接種当日は、この同意書と予診票、母子手帳を必ず持参してください。

【ワクチン選択欄】

○接種回数：母子健康手帳を確認し、今回の接種回数に○をしてください。

1回目 ・ 2回目 ・ 3回目

○ワクチン選択：いずれかに○をしてください。

原則として同一ワクチンで接種を完了させますが、医師と相談の上、残りの接種に9価を選択することも可能です。

医療機関によって、取扱いがない場合もありますので、事前に確認してください。

サーバリックス（2価） ・ ガーダシル（4価） ・ シルガード9（9価）

【保護者自署欄】

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うえで、子供に接種させることに同意します。また、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、本様式が八千代市に提出されることに同意します。

保護者自署

住所

緊急の連絡先