

# 子宮頸がん予防接種同意書

【接種当日13歳以上16歳未満の方で保護者が同伴しない場合に必要です】

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種の有効性とリスクを十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。接種させ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。（署名がなければ予防接種は受けられません）

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。

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。

令和 年 月 日

ヒトパピローマウイルス感染症（子宮頸がん）ワクチン

1回目接種・2回目接種・3回目接種

（いずれかに○をしてください）

保護者自署

住 所

緊急の連絡先

（接種当日、保護者の方に緊急に連絡が取れる電話番号）

※ 「保護者が同伴する場合」には、別紙「子宮頸がん予防接種予診票（3枚複写）」に必要事項をご記入いただき、接種医療機関にお持ちください。この同意書は必要ありません。

※ 接種当日13歳以上16歳未満のお子さんで「保護者が同伴しない場合」には、上記の保護者自署欄及び別紙「子宮頸がん予防接種予診票（3枚複写）」に必要事項をご記入のいただき、お子さんに持たせてください。

（予診票にも保護者の署名がないと予防接種は受けられませんのでご注意ください。）

※ 接種当日に12歳のお子さんは必ず保護者の方が同伴してください。