

本人希望の意思確認について

65歳以上の方等の季節性インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、成人用肺炎球菌及び帯状疱疹予防接種は、接種を受ける本人の「予防接種を受けたい」という意思を確認できないと実施できません。

本人の接種希望の意思が確認できない場合や、家族・入所施設等の希望により接種する場合は、任意接種（全額自己負担）となります。

本人の意思の確認が難しい場合には、ご家族等の協力を得て、慎重に本人の意思を確認する必要があります。

■以下の項目は、必ず確認者本人が記入してください。

確認者とは・・・被接種者（接種を受ける本人）の家族※であり、被接種者が当該予防接種を希望したことを確認し、接種後、万が一被接種者に救済措置が必要となった場合には、その責任を負うことができる者。

※家族と連絡がとれない場合や、家族がいない場合については、入所施設等のスタッフなど、日ごろ被接種者の体調をよく知る方でも構いません。ただし、施設・病院の代表者や、接種医師が確認者となることはできません

被接種者氏名	
希望する予防接種 （□にし点）	☐ 季節性インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス感染症 ☐ 成人用肺炎球菌 ☐ 帯状疱疹 ※受ける予防接種の種別ごとに1枚ご記入ください。
確認した場所	（例・・・〇〇施設の娛樂室、自宅の自室 など）
確認方法 （具体的に記載）	確認者が予防接種についてどのように話したか・説明したか 【注意】本人の接種希望の有無を確認してください。接種を受けるよう促すような確認の仕方では本人の意思を確認できません。 ☐「接種を希望しますか。」 ☐「接種をしましょう。」「接種を受けてください。」 それに対し、被接種者がどのような返事・反応をしたか
確認者の氏名	
確認者の住所	電話
被接種者との続柄	
確認した年月日	令和 年 月 日