

本人希望の意思確認について

定期の予防接種は、対象者本人が接種を希望している場合に限り、接種を受けることができます。

認知症等により、本人の意思確認が難しい場合には、家族等の日ごろから意思疎通を図っている方の協力を得て、本人の意思を丁寧に確認し、接種意思を汲み取ることができ、その旨を本人希望の意思確認書(本紙)に記載の上ご提出いただくことにより、定期接種として受けることができます。

以下の場合には、任意接種(全額自己負担)となりますのでご注意ください。

- ・本人の接種希望の意思を確認できない場合。
- ・家族や入所施設等の本人以外の希望により接種する場合、等。

太枠内に必要事項を記入して、実施する医療機関へご提出ください。(医療機関から市に提出されます。)

確認者は、家族の他、入所施設のスタッフなど、日ごろから意思疎通を図っている方です。施設や病院の代表者、接種医師が確認者となることはできません。

■ 被接種者(接種を受ける方)

氏名	
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日
接種を希望する 予防接種の種類	該当する予防接種の種類に <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 季節性インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 ※定期接種対象者等の要件については、各予防接種の「大和市からのお知らせ」をご確認ください。

■ 確認者(本人の接種希望の意思を確認した方)

氏名(署名)	
被接種者との続柄	
住所(連絡先)	電話 ()
私は、上の表のとおり、被接種者が予防接種の種類、効果や副反応について理解し、接種を希望していることを確認しました。	
確認日	令和 年 月 日