

## 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<br><input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日                                                                                                                                                                                                      |
| 接種を希望する<br>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。<br><input type="checkbox"/> 季節性インフルエンザ<br><input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症<br><input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌感染症<br><input type="checkbox"/> 带状疱疹<br>※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<br>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、<br>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 |