大和市　令和８年１０月１４日改訂

# 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。）※助成制度をご利用の場合は、直接市へご提出ください。

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 | □大正<br>□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☑してください。<br>□　季節性インフルエンザ<br>□　新型コロナウイルス感染症<br>□　成人用肺炎球菌感染症<br>□　帯状疱疹<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 |