

※重要※ 必ずお読みください

注意事項

《R7.3.26 版》高松市個別予防接種（子ども）

1 予診票のサイン欄について

- 被接種者が **16歳未満** の場合

原則、親権者（通常、父または母）のサインが必要です。

親権者以外の同伴者（祖父母等）のサインのみでは受付できません。

※ 児童福祉施設の入所者の場合は、施設職員のサインでも受付できます。

- 被接種者が **16歳以上** の場合

原則、本人のサインが必要です。

保護者等のサインでは受付できません。

※ 古い予診票で表記が異なることがありますが、必ず本人のサインを記入してください。

《古い予診票の例》

保護者が同伴しない場合	日本脳炎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上で、子どもに接種させることに同意します。 あなたのお子さんの病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮した上で接種することに同意しますか (同意します 同意しません) *かつこの中のどちらかを○で囲んでください。 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 住 所 緊急の連絡先
保護者が同伴する場合 受ける人が既婚の場合	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに (同意します 同意しません) *かつこの中のどちらかを○で囲んでください。 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。保護者(接種を受ける人が既婚の場合は本人)サイン

16歳以上は一律本人のサインが必要

サイン欄が正しく記入されていない場合、返送します。サインの書き直しが必要になります。必ず確認してから提出してください。

2 親権者が同伴できない場合の代理人について

- 原則、代理人は **18歳以上** の方としてください。
- 被接種者との続柄は問いません。（親族以外でも可）
- 接種前に、予診票に 親権者（被接種者が16歳以上の場合は本人）の サインがあるのを必ず確認してください。

3 住民登録の確認について

接種日時時点で 高松市に住民登録がない方の接種費用は、高松市ではお支払いできません。

高松市に 住民登録があるか、必ず確認してください。

※ 特に 子宮頸がんキャッチアップ接種で、市外に転出された方に接種される例が多くなっておりますので、御注意ください。

（裏面へ続く）

(表面からの続き)

4 ワクチン種類の選択欄について（小児用肺炎球菌・子宮頸がん）

ワクチン種類の選択欄に記入されているワクチンの種類と、実際に接種しようとしているワクチンが一致しているか、接種前に確認してください。

《小児用肺炎球菌ワクチンの選択欄》

ワクチンの種類 プレベナー(20価) バクニューバンス(15価)

《子宮頸がんワクチンの選択欄》

ワクチンの種類 サーバリックス(2価)・ガーダシル(4価)・シルガード(9価)

ワクチンの種類
合っているか確認

※ 被接種者（保護者）が意思表示のつもりで記入していたにもかかわらず、異なる種類のワクチンを接種してしまった事例がありました。

5 令和6年度分の実施報告書・予診票の提出期限について

令和6年度接種分の最終提出日：令和7年4月10日（木）（必着）

※ 期限を過ぎた場合、費用の支払いができないことがありますので、御注意ください。

(問い合わせ先)

高松市保健所 感染症対策課
予防接種係

TEL：087-839-2870

FAX：087-813-0221