

## COVID-19 ワクチン接種同意書

公衆衛生のために—シアトルとキング郡の予防接種サイト

患者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_

**承認:** 私には、COVID-19 Vaccine Fact Sheet for Recipients and Caregivers ( COVID-19ワクチンの接種を受ける人と保護者用のファクトシート ) の内容を確認する機会が与えられています。接種会場やオンラインでファクトシートの確認ができることを理解しています。

**Pfizer-BioNTech COVID-19ワクチンのファクトシート:**

- [www.fda.gov/media/167212/download](http://www.fda.gov/media/167212/download) (英語で)

**Moderna COVID-19ワクチンのファクトシート:**

- [www.fda.gov/media/167209/download](http://www.fda.gov/media/167209/download) (英語で)



ワクチン情報の  
QRコード

**Novavax COVID-19ワクチンファクトシート:**

- 12歳以上の方: [www.fda.gov/media/159898/download](http://www.fda.gov/media/159898/download) (英語で)

COVID-19ワクチンについての追加情報は以下にてご覧いただけます: [kingcounty.gov/yourvaccine/japanese](http://kingcounty.gov/yourvaccine/japanese)  
(上記QRコード)

**権限を持つ成人による同意:** 私は、上記の患者がワクチン接種することに同意する権限があります。上記の患者がワクチンを接種することを希望します。私は、患者がワクチンを接種した後15~30分間に渡って、ワクチン接種直後に起こりうる反応や副作用をモニターするためにワクチン会場にとどまるべきであること、そして必要があれば医療処置を受ける必要があることを理解しています。

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
権限を持つ成人の署名 保護者の権限がある成人の名前(楷書にて) 日付

また

### For Vaccine Site:

Verbal consent by \_\_\_\_\_ given by \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_  
Authorized Adult Name Phone/Device Staff Name Date

**未成年者の同意:** 私は、法的に親権または後見から解放されている未成年者 (legally emancipated minor)、成人と結婚している未成年者、または成熟した未成年者です。ワクチン接種を希望します。私は、ワクチンを接種した後15~30分間に渡ってワクチン接種直後に起こりうる反応や副作用をモニターするためにワクチン会場にとどまるべきであること、そして必要があれば医療処置を受ける必要があることを理解しています。

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Emancipated、成人と結婚している、もしくは成熟した未成年のサイン 日付