

COVID-19 ワクチン接種同意書
for Public Health – Seattle & King County vaccination sites

患者氏名 _____ 生年月日 _____

ワクチン接種の回数: 1回目 2回目

情報受領の許諾: 私は、ワクチン被接種者と介護者のためのCOVID-19ワクチン・ファクトシートをレビューする機会を受けました。ファクトシートは、接種会場もしくはオンライン（以下のQRコード）で確認できることを理解しています。



Pfizer-BioNTech製COVID-19ワクチンについてファクトシート:
www.fda.gov/media/145509/download

Moderna製COVID-19ワクチンについてファクトシート:
www.fda.gov/media/145512/download

Janssen/Johnson & Johnson 製 COVID-19 ワクチンについてファクトシート:
www.fda.gov/media/146740/download

その他の COVID-19 vaccines についての情報はこちら: kingcounty.gov/yourvaccine/japanese

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

日付

OR

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