



Pfizer-BioNTech製 COVID-19 ワクチン接種同意書

18歳未満の方向け

1 子供の情報（活字体で記入）

子供の氏名（姓、名、ミドルネーム）		生年月日（月/日/年）	
住所	市	州	郵便番号
電話番号			

2 ファイザー（Pfizer）製COVID-19ワクチンのリスクとベネフィットに関する情報

COVID-19の予防を目的とする16歳以上の方を対象としたファイザー製ワクチンは、米国食品医薬品局（FDA）により承認されています。このワクチンはFDAから、5歳から15歳の子供に対する緊急使用を許可されています。ファイザー製ワクチンのリスク、ベネフィット、及び副反応の詳細については、5～11歳または12歳以上の子供向けの[ワクチン接種者と介護者向けファクトシート](#)をお読みください。

3 同意書

上記の第2項目に記載されているファイザー製ワクチンのリスクとベネフィットに関する情報を読み、これを理解しています。私は以下の内容に同意します：

1. 私は上記の子供の親または法定後見人であり、ファイザー製ワクチンの接種を受けることに同意する法的権限を保持します。
2. 上記の子供が 5歳から15歳である場合、ワクチン接種を受ける際には責任ある大人が立ち会う必要があることを理解しています。親または法定後見人が子供に同行できない場合、私は以下に挙げる責任ある大人が子供に同行することに同意します。*
3. 上記の子供が 16歳または17歳の場合、子供がワクチン接種を受ける際には、親、法定後見人、または責任ある大人の立ち会いが推奨されることを理解しています。私は、以下の内容に同意することにより、私が同伴しているかどうかに関係なく、子供がファイザー製ワクチン接種を受けることを承知しています。
4. 州法（健康と安全のコード、§120440）で義務付けられているように、すべてのワクチン接種は[カリフォルニア州予防接種レジストリ](#)（CAIR2）に報告されることを理解しています。子供のCAIR2記録の情報は、地域の保健局および州の公衆衛生局と共有されることを理解しています。これは機密の医療情報として取り扱われ、共有目的、または法律で許可されている場合にのみ使用されるものとします。私は情報の共有を拒否できます。また、[CAIR記録のロックリクエストフォーム](#)を送信することで、CAIR2記録のロックを申請することができます。
5. 本同意書に署名することにより、ロサンゼルス郡とこれに提携するワクチン接種パートナーに、ワクチン接種のお知らせや子供の電子ワクチン接種記録へのアクセスについて私に連絡する許可を与えることを理解しています。





Pfizer-BioNTech製 COVID-19 ワクチン接種同意書

18歳未満の方向け

6. 私は、ワクチン、及びワクチン接種にかかる費用を支払う必要がないことを理解しています。私が健康保険に加入している場合、私の保険会社がワクチン接種費用を請求される可能性があることを理解しています。

本書類の上部に記載されている子供がPfizer-BioNTech製COVID-19ワクチンの接種を受けることに同意し、本書類に記載されている情報を確認し、これに同意します。

親または法定後見人の氏名（姓、名、ミドルネーム）

署名

日付

住所（上記と異なる場合）

電話番号（携帯電話が推奨される）

子供との関係

親または法定後見人が同伴しない5～15歳の場合のみ：

子供の同伴を許可された責任者の氏名

- 私は独立した、または他からの援助を受けていない未成年者、または既婚者です、もしくは過去に結婚していました。
(このチェックボックスにマークを付けると、ワクチン接種予約時にこれを証明するように求められます。)

*例外：未成年者が学校でワクチン接種を受ける場合は、同意が必要です。ただし、親/法定後見人または指名された大人の同伴が必要かどうかについては、学校の指示に従う必要があります。

