

## インフルエンザワクチン予防接種同意書

(保護者の方へ) 以下の説明と、予診票に添付されている説明書をお読みいただき、同意された方はご署名ください。緊急時連絡先の記載もれがないようご注意ください

お子さんの予防接種の実施には、原則、保護者の同伴が必要ですが、13歳以上の方への予防接種については、保護者がこの記載事項を読んだ後、理解してお子さんに予防接種を受けさせることを希望され、この同意書にご署名いただいた場合に限って、保護者が同伴しなくてもお子さんは予防接種を受けることができます。

別紙の予診票にも、もれがないように記載していただきますようお願いいたします。

みらい小児科クリニック院長宛

予防接種を受けるにあたっての説明を読み、予防接種の効果や副反応の可能性及び予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、こどもに予防接種を受けさせることに同意します。

問診票の質問事項は、当日の状態であることを確認します。

子どもの氏名： \_\_\_\_\_

子どもの生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名(\*必ず自署)： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

緊急連絡先： \_\_\_\_\_ (こどもとの関係 \_\_\_\_\_)

\*当日、保護者と連絡が取れる電話番号