インフルエンザワクチン予防接種同意書

保護者の方へ

下記事項をよくお読みください

当院では、13 歳から高校 3 年生のお子様がお一人で接種を受ける場合、保護者の方の同意書が必要になります。予診票の裏面に記載されているインフルエンザ予防接種についての説明の内容をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。
接種させる事を決定した場合は、下記の同意書保護者自署欄に保護者の方が署名してください。**署名がなければ予防接種は受けられません。**

同意書

インフルエンザ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。

保護者自署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急の連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被接種者（お子様）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※同意書は接種日当日に必ず予診票と一緒に当院へお持ちください。
忘れた場合は接種を見送らせていただきます。ご了承ください。

めぐみ内科・糖尿病内科　院長　森下 加恵