

未成年者予防接種同意書

記入日 年 月 日

未成年者の予防接種にあたっては、保護者の同伴が原則必要です。
ただし、保護者がどうしても同伴できない場合に限り、予診票や別紙説明書を読み、十分納得した上で、この同意書に保護者が自ら署名することで、同伴がなくても予防接種を受けることができます。接種当日に本人の体調を確認し当日記入の上、必ずこの同意書および母子手帳と薬手帳をご持参ください。また、疑問等あればあらかじめクリニックへお尋ねください。
ただし、接種を受ける方が既婚者の場合、同意書の提出は必要ありません。

予防接種を受けるにあたっての説明を読み、予防接種の効果や目的、
重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解し
たうえで、接種者()に下記予防接種を行うことに
同意します。

下記□にシ点を付けて下さい

- 接種希望ワクチン □インフルエンザ
- 今までにインフルエンザワクチンを接種した事がありますか？ □いいえ □はい
- 既往歴がありますか？ □いいえ □はい(病名:)

緊急の連絡先

(当日保護者との連絡が取れる電話番号)

保護者自署欄

(続柄:)

〒190-0033 東京都立川市一番町 2-36-5 3F

医療法人社団トゥー・ワイズ やましたクリニック

院長 山下 康夫

電話番号 042-569-7555