

予防接種保護者同意書

保護者の方へ

- ・ 当院では未成年で中学生・高校生に相当する年齢（13歳～18歳）の場合、インフルエンザ及び新型コロナ予防接種の実施にあたり、原則、保護者の同伴をお願いしております。
但し、保護者の同意書があれば保護者の同伴がなくても予防接種を受けることが出来ます。
- ・ 同伴にあたっては各予防接種の注意書の記載内容をお読み頂き、予防接種の効果や副反応などを十分に理解したうえで、接種するかどうか決めて下さい。
- ・ 接種当日に保護者が同伴される場合は本同意書の必要はありません。

同意書

予防接種を受けるにあたり、説明書を読み、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ました。
そのうえで子供へのワクチンの接種に同意します。

- ・ 接種を受ける方
- ・ 保護者氏名（自署）
- ・ 住 所
- ・ 緊急連絡先 _____（ ）

* 接種当日、保護者に連絡がとれる番号の記載をお願いします。

尚、当日接種時の予診の結果、接種を受けるのには不適當な状態と医師が判断した場合は接種を受けることができない場合があります。

医療法人社団 隆靖会 墨田中央病院東京
都墨田区京島3丁目67番1号
03-3617-1414