

インフルエンザワクチン接種 保護者同意書

仙台どうき・息切れ内科総合クリニック

保護者の方が同伴されない場合は、必ずご提出ください（13歳以上18歳未満の方・任意接種用）

当院では、18歳未満の方のワクチン接種は保護者の方のご同伴を原則としております。ご同伴になれない場合は、別紙「インフルエンザワクチンの接種を受けられる方へ」（説明書）をお読みのうえ、下記にご署名いただき、接種当日にご持参ください。**ご署名がない場合、保護者の方の同伴なしでの接種はお受けできません。**ご不明な点は当院（022-302-5241）までお問い合わせください。

同意書

私は、別紙「インフルエンザワクチンの接種を受けられる方へ」を読み、インフルエンザワクチン接種の目的・効果・副反応の可能性、および健康被害が生じた場合の救済制度（独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく医薬品副作用被害救済制度）について理解したうえで、下記の子に、保護者の同伴なしでインフルエンザワクチンの接種を受けさせることに同意します。

また、接種当日の体調については本人から確認のうえ接種が行われること、および接種後に体調の変化があった場合には下記の緊急連絡先に連絡がなされることを理解しています。

■ 接種を受ける方

フリガナ	
お名前	
生年月日	年 月 日（満 歳）

■ 保護者の方

保護者自署	
続 柄	
ご住所	
緊急の連絡先 (必ずご記入ください)	TEL： ※接種当日、必ず連絡が取れる電話番号をご記入ください

記入日：令和 年 月 日

この同意書は、接種当日に受付へご提出ください。

あわせて、予診票の「保護者の氏名」欄と「本人・保護者記入欄」の署名にもご記入をお願いいたします。

ご注意

- この同意書は、**任意接種（自費）**の方用です。
- 当日の朝、お子さんの体調をご確認ください。発熱（37.5℃以上）がある場合や、ふだんと違う様子がある場合は、接種を見合わせることをご検討ください。
- 接種後に急な副反応が起こることがあります。体調の変化があった場合は、上記の緊急連絡先へご連絡することがあります。

医療機関確認欄 ※患者さんはご記入不要です

確認医師	上記の同意書を確認のうえ、接種を実施しました。 確認日：令和 年 月 日 仙台どうき・息切れ内科総合クリニック 医師 諸沢 薦 印
------	---

※ご提出いただいた同意書は当院で保管し、お返しはいたしません。