

# インフルエンザ予防接種同意書

サンタハウスこどもクリニック殿

インフルエンザワクチンの予防接種を受けるにあたって、

- ①説明書をよく読み、内容を十分に理解したこと。
- ②接種当日、医師の判断で接種できない場合があること。
- ③接種後体調の急変の際に医師の判断で救急対応をする場合があること。

以上、承知したうえで、子どもにインフルエンザワクチンを接種することに同意します。

お子様氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 平成 年 月 日 ( 才)

住所 \_\_\_\_\_

緊急連絡先（接種当日保護者の方と緊急連絡ができる電話番号）

\_\_\_\_\_

保護者氏名（必ず自署でお願いします。）

\_\_\_\_\_

※同意書に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。