

中学生～19歳用インフルエンザ予防接種同意書

<未成年の方で任意の予防接種をする方へ（保護者の同伴が困難な方へ）>
※保護者の方が必ず全てお読みください

未成年の方で当院にて予防接種をされる方は、保護者の同伴と同意が必要です。
ただし、注意事項を読んでいただきご理解、納得した上、当日必要な物をご持参して
いただいた場合のみご本人だけで、ワクチンの接種を受けることができます。

<注意事項>

1. 予防接種対象者が中学生～19歳までの方であること。
2. 保護者が「インフルエンザ ワクチンの接種について」を読み、理解していただくこと
3. 保護者が記入、もしくは記入した内容と回答欄の記入漏れがないかを確認していただき
問診票内の本人の署名欄に保護者の自署をしていただくこと。
4. 保護者が同意し希望していた場合にも、接種者本人が、その場で拒否した場合や医師が
問診、診察内容にて接種の適応がないと判断した場合には、接種の実施がされないこと
5. 予防接種同意書は必ず保護者が自署すること（コピー不可）。
6. 接種後、30分間は急な副反応が起きることが、まれにありますので一人で
接種された場合は、院内でしばらく（30分）待機させていただきます。
7. 問診の内容等で確認が必要な場合は緊急連絡先へお電話をさせていただきます。

<当日、必要なもの> ※問診票や同意書等、持参された物が不十分な場合は
実施できませんのでご注意ください。

- ☆ 本人確認のため 保険証
- ☆ 予防接種同意書（この用紙）
- ☆ 問診票（記入済みのもの）
- ☆ 母子手帳（高校生までは必須）

<お問い合わせ>
竹沢クリニック
048-767-3122

点線からきりはなして当日ご持参ください

※ 必ず保護者が全てご記入ください

インフルエンザ予防接種（保護者が同伴しない場合）同意書

注意事項を読み、理解、納得した上で保護者同伴せずに接種することに同意します。

接種者の名前 _____

保護者自署 _____

緊急連絡先 _____

接種日 _____

年 _____

月 _____

日 _____