

未成年者予防接種 保護者同意書

以下の説明を読んで同意された方のみご記入（署名）下さい。

予防接種を実施するにあたり、以下の内容にご注意下さい。

- ・発熱など体調不良があったり、アレルギー体質の方などは接種により副反応がおこる可能性がありますので、接種前に医師へお申し出ください。
- ・以前予防接種を行なった際や、お薬使用に対して何らかの症状が出たことのある方（例：呼吸が苦しくなった、蕁麻疹がでた方）は保護者の方と一緒に受診されますようお願い致します。
- ・副反応として注射部位の発赤や蕁麻疹、その他のアレルギー反応、まれに脳症やアナフィラキシーショックなど重篤な反応をおこす事があります。
- ・重篤な副反応が出現し治療を行なう場合、健康保険は使用できますが、自己負担分はお支払いして頂く必要があります。

以上につきまして、ご理解頂きますようお願い致します。

インフルエンザ予防接種にあたり、下記事項に全て同意いたします。

一、上記の説明文を読んでワクチンの副反応を十分理解し、書かれた内容に同意いたします。

一、当該者が副反応等により急変した場合、保護者は連絡に従い来院することに同意いたします。

一、副反応が出現した場合、当クリニックで治療を受けることがあり、必要に応じて高次医療機関へ搬送となることに同意いたします。 また、場合によっては治療を優先し、治療内容がやむを得ず事後報告となることに同意いたします。

西暦____年 ____月 ____日

接種される方の氏名： _____ 保護者署名： _____

緊急時にお迎え可能な方の氏名および連絡先

氏名： _____ 携帯番号： _____