

インフルエンザ予防接種同意書

医療法人社団うえくさ小児科殿

インフルエンザワクチンの接種にあたって、以下に同意します。

- 説明書をよく読み、内容を十分に理解したこと。
- 接種当日、医師の判断で接種できない場合があること。
- 接種後に体調が急変した場合、医師の判断で救急対応をする場合があること。

お子様氏名 _____

生年月日 西暦_____年__月__日 (____才)

住所 _____

緊急連絡先（接種当日、保護者の方と連絡のつく電話番号）

保護者指名（必ず自著でお願いします。）

※同意書に保護者のサインがないと、予防接種を受ける事が出来ません。