

【任意予防接種に関する同意書】

接種当日、保護者の方が同伴されない場合に必要となります。

○保護者の方へ：下記注意事項をよくお読み下さい。

【任意予防接種を受けられる方で、中学生相当から20歳未満のお子様をお持ちの保護者の方へ】

これまで、お子様の予防接種の実施に当たっては、保護者の同伴が必要となっていました。定期接種の一部において、中学生相当から20歳未満の年齢のお子様をお持ちの保護者が説明書をよく読み、理解し、納得してお子様に当該予防接種を受けさせることを希望する場合同意書に保護者の方が署名することによって、保護者が同伴しなくてもお子様のみで予防接種を受けることができるようになりました。当院においても任意予防接種において、上記年齢に該当する方に関しては、趣旨を十分に理解していただいた場合には、保護者が同伴しなくても接種させていただくこととなりました。

この同意書に署名するに当たっては、お子様のみで接種する際に疑問等があれば、あらかじめかかりつけ医等に確認して、十分に納得された上で署名してください。

(当日持参するもの)

- 下記同意書（署名したもの）：保護者が同伴される場合は必要ありません。
- 予診票
- 母子健康手帳

接種される予防接種説明書の内容をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。接種させることを決定した場合は、下記の同意書に署名してください。（署名がなければ予防接種は受けられません。）

署名後、切り離して予診票と一緒に提出してください

医療法人 寺嶋・塚田こどもクリニック
院長 塚田 周平 殿

【同意書】

インフルエンザワクチンの予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解し、子供の病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮した上で、子供に接種させることに同意します。

接種日（子が接種する日付） 令和 年 月 日

子氏名

保護者署名

住所

緊急連絡先