

インフルエンザ予防接種同意書

説明書に記載されている内容をよく読み、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。接種を決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。

インフルエンザの任意予防接種を受けるにあたって説明書を読み、効果、目的、副反応の可能性および、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく副作用救済給付について理解した上で、子供に接種させることに同意します。

年 月 日

接種者氏名

接種者生年月日

保護者住所

緊急連絡先（当日連絡がとれる番号）

保護者の自署

高校生のお子さんがインフルエンザの任意予防接種を受ける際に、

保護者が同伴しない場合は、この同意書を提出してください。

小学生、中学生が予防接種を受ける際には、保護者の同伴が必要です。

そえだクリニック

〒136-0072

東京都江東区大島 1-1-5 VIP 大島 2 階 D

03-5628-2770