

未成年者 予防接種 同意書

保護者の方へ

当クリニックで予防接種を希望される方が15歳以上18歳未満で、保護者の方が同伴しない場合には、この同意書をご提出いただく必要があります。予防接種の効果、副反応、予防接種健康被害救済制度についての情報を十分に理解した上で、以下の同意書欄に署名ください。

同意書欄

私は、以下の被接種者の保護者として、予防接種の効果、目的、および重篤な副反応が発生する可能性についての情報を読み、理解しました。また、予防接種健康被害救済制度についても認識しています。これらに基づき、下記未成年者が予防接種を受けることに同意します。

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

被接種者氏名（お子様等未成年者）_____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 （ _____ 歳 ）

住 所 _____

保護者氏名(自署) _____ (被接種者との続柄: _____)

※署名は必ず自筆でお書きください

緊急の連絡先 _____

※接種当日、保護者の方に緊急で連絡が取れる電話番号

※ 必ず本同意書と予防接種予診票が必要です。

※本同意書及び予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けることができません。

※市区町村等からの求めがあった場合、当院から本票を提出することにも同意いたします。

新宿つかめクリニック