

# 予防接種保護者同意書

## — 保護者が同伴できない場合 —

保護者の方へ

- ・当院では高校生以外の 18 歳～20 歳未満の方で、予防接種の実施にあたり、原則として保護者の同伴をお願いしております。
- ただし、保護者の方の同意及び緊急連絡先があれば、保護者の同伴がなくても予防接種を受けることが出来ます。
- ・同意にあたって必ず予防接種の効果や副反応などを十分に理解したうえで、接種するかどうかをお決めください。
- ・接種当日に保護者の方が同伴される場合は、本同意書は必要ありません。

### 同 意 欄

令和 年 月 日

予防接種名

予防接種を受けるにあたり、説明を読み、予防接種の効果や目的・重篤な副反応発生の可能性および予防接種救済制度について理解いたしました。

そのうえで子供の病歴、健康状態、接種当日の体調等を考慮したうえ、予防接種に同意します。

接種を受ける人の氏名

保護者氏名(自署)

ご住所

緊急連絡先

( )

\* 接種当日、保護者に連絡が取れる番号の記載をお願い致します。

なお、接種当日の予診の結果、接種を受けるのには不適当な状態と医師が判断した場合には、接種を受けられないことがあります。

医療法人社団 萌氣会 萌氣園浦佐診療所

TEL 025-777-5222

萌氣園二日町診療所

TEL 025-778-0088