同　意　書

私は接種当事者である【＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿】の
インフルエンザ予防接種について下記の通り同意します。

記

1．　止むを得ず保護者が付き添えないため接種者本人のみを来院させます。

2．　インフルエンザ予防接種予診票について内容をよく確認しました。

3．　受診時の体調次第では医師の判断により接種を中止する可能性があることに同意します。

4．　ワクチン接種による副反応の可能性についても理解し、ワクチン接種後の対応を市川医院へ一任します。

5．　接種予定時刻には必ず連絡が取れる態勢をとります。※1.

6．　接種対象者が自力で帰宅できない旨の連絡があった場合には可及的速やかに迎えに来られる態勢をとります。

以上

令和　　年　　月　　日

現住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
連絡先　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
保護者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

鹿児島県出水市緑町 43-41
医療法人　市川医院　院長　市川大輔　殿

※1．副反応が出た場合など必要時以外は連絡を入れることはありません。