

【インフルエンザ予防接種 同意書】

医療法人社団 順誠会
南流山ファミリー耳鼻咽喉科
院長 鈴木 啓誉 殿

当院にて、**18歳～19歳の方が1人でインフルエンザ予防接種を受けられる際は、別紙「インフルエンザ予防接種に関する注意事項」をよくお読みになり、記載内容についてご理解・同意の上で、本書面にご署名をお願いいたします。**

私（保護者氏名： _____ ）は、
子（お子様氏名： _____ ）のインフルエンザ予防接種にあたり、
下記事項に同意いたします。

1. 私は、別紙「インフルエンザ予防接種に関する注意事項」の記載内容を熟読し、ワクチンの副反応を十分理解し、同書面の記載内容に同意いたします。
2. 私は、子が副反応等により急変した場合、保護者が連絡に従い来院することに同意いたします。
3. 私は、子が副反応等により急変した場合、南流山ファミリー耳鼻咽喉科において治療を受けたり、必要に応じて高次医療機関へ搬送することに同意いたします。
4. 私は、場合によっては治療が優先され、治療内容がやむを得ず事後報告となることに同意いたします。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

お子様氏名： _____

保護者氏名： _____ 印

緊急連絡先電話番号： _____ (_____)