

予防接種同意書

以下の説明を読んで同意された方のみご記入（署名）下さい。

予防接種を実施するにあたり、以下の内容にご注意下さい。

体調不良の方、アレルギー体質の方などは接種により副反応がおこる可能性がありますので、事前にお申し出下さい。

また、以前予防接種を行った際やお薬使用に対して何らかの症状が出たことのある方（例：呼吸が苦しくなった、

蕁麻疹が出た）は保護者の方と一緒に受診されますようお願い致します。

副反応として注射部位の発赤や蕁麻疹、その他のアレルギー反応、まれに脳症やアナフィラキシーショックなどの重篤な

副反応をおこす事があります。副反応が出現した場合は治療を行うにあたり、健康保険は使用できますが自己負担分は

お支払いして頂く必要があります。ご理解頂きますようお願い致します。

私（保護者氏名： _____）は、子（お子様氏名： _____）に

予防接種（ワクチン名： _____）を

接種させることにより、下記事項に同意致します。

一、上記の説明文を読んでワクチンの副反応を十分理解し、書かれた内容に同意致します。

一、お子様が副反応等により急変した場合、保護者は連絡に従い来院することに同意致します。

一、副反応が出現した場合、当クリニックで治療を受けることや、必要に応じて高次医療機関へ搬送となる

ことに同意致します。また場合によっては治療が優先し、治療内容がやむを得ず事後報告となることに

同意致します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お子様氏名： _____

保護者氏名： _____ (印)

緊急連絡先（携帯）： _____ - _____

緊急時お迎えが可能な方の氏名： _____