

未成年者予防接種同意書

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

未成年者の予防接種実施にあたっては、保護者の同伴が原則必要です。ただし、保護者がどうしても同伴できない場合に限り、予診票や別紙説明書を読み、十分納得した上で、この同意書に保護者が自ら署名することで、同伴がなくても予防接種を受けることができます。接種当日は必ずこの同意書および母子手帳をご持参ください。また、疑問等あればあらかじめクリニックへお尋ねください。ただし、接種を受ける方が既婚者の場合、同意書の提出の必要はありません。

予防接種を受けるにあたっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解したうえで、接種者（ _____ ）に下記予防接種を行なうことに同意します。

接種希望ワクチン インフルエンザ A型肝炎 B型肝炎 日本脳炎 破傷風
狂犬病 腸チフス MR 風疹 おたふく
水痘 その他（ _____ ）

緊急の連絡先

（当日保護者との連絡が取れる電話番号）

保護者自署欄 _____（続柄： _____）

〒135-0061 東京都江東区豊洲4-2-2 豊南堂ビル2階
TEL 03-5144-5155 FAX 03-5144-5156
医療法人社団 誠礼会
とよす内科クリニック
金澤 信彦