

# 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おいては、予防接種実施規則に保護者の文書による同意を得ることが必要と記載されています。

しかし、保護者が遠方であったり、何らかの理由で同伴できないこともあるかと思えます。保護者がどうしても同伴できない場合、予診票やその予防接種の説明書を読み、十分納得したうえでこの同意書に保護者が自署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。

接種日には同意書と母子手帳（必要なワクチンによる）をご持参ください。  
ご不明な点等、クリニックにご連絡ください。

接種希望ワクチン（丸してください）

インフルエンザ 子宮頸がん 麻疹 風疹 水痘 おたふく A 型肝炎  
B 型肝炎 日本脳炎 破傷風 その他（ \_\_\_\_\_ ）

予防接種を受けるにあたり、説明を読み（変わることもあるので、各ワクチン検索してください）、予防接種の効果、目的、副反応の発症の可能性及び予防接種救済制度（厚生労働省のホームページご参照ください）などについて理解したうえで、

\_\_\_\_\_（接種者名）に上記予防接種を行うことに同意します。

緊急の連絡先

\_\_\_\_\_（当日連絡の取れる保護者の電話番号）

保護者自署欄

\_\_\_\_\_（続柄： \_\_\_\_\_）

〒124-0025 東京都葛飾区西新小岩 1-2-8 第1 鈴亀ビル 4F

TEL 03-3694-1071 FAX 03-3694-1070

鈴木内科・糖尿病クリニック

鈴木一成