

医療法人社団 城東桐和会
新小岩すばる クリニック
院長 古沢 純 殿

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、前もって医師にお申し出ください。

また、以前予防接種を行なった際や、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、蕁麻疹がでた方）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重篤な反応をおこす事があります。副反応が出現した場合治療を行なうにあたり、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： _____）
を実施することにより、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いたします。

一、お子様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。

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いたします。

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：携帯 _____ ()

緊急時お迎えが可能な方の氏名： _____