

任意予防接種 保護者同意書

未成年者の予防接種実施にあたっては、原則として保護者（親権者）の同伴が必要です。予防接種を希望する方が18歳以上～20歳未満で、接種当日に保護者の方が同伴できない場合は、予防接種に関する説明文を読み、予防接種の目的、効果、および副反応を十分に理解した上で、同意書に保護者が自ら署名し、接種の際に提出してください。

なお、本同意書および予防接種予診票それぞれに保護者の署名がない場合は、予防接種は受けられません。

同意書

- 1、 予防接種を受けるにあたって、副反応を含めた内容を理解した上で、受診者に接種させることに同意します。
- 2、 アナフィラキシーショックなどの副反応により緊急事態が生じた際、医師の判断に基づいて最良の救命処置を実施することに同意します。

同意日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

接種者氏名（自署） _____

保護者氏名（自署） _____ 印 続柄（ _____ ）

住所 _____

緊急連絡先 TEL _____（ _____ ）

公益社団法人石川勤労者医療協会
小松みなみ診療所