

※中学生・高校生で保護者の方が同伴できない場合は、この「保護者の同意書」に署名して頂き、別紙の予診票にも記入と署名をしてお子さんにお持たせ下さい。

山本内科クリニック 院長 山本 一哉

保護者の同意書

「インフルエンザの予防接種について」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および接種後の注意などについて理解した上で、子供の病歴・健康状態・接種当日の体調等を考慮し、医師が接種可能と判断した場合は子供にワクチン接種を受けることに同意します。

併せて、この同意書は山本内科クリニックに保管されることに同意します。

平成 年 月 日

子供氏名： _____

保護者自署： _____

住所： _____

緊急時連絡のつく電話番号 _____