保護者が同伴しない場合

同　意　書

「＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(＊)予防接種のご案内」を読み、予防接種の効果、予防接種後の通常起こりえる副反応及びまれに生じる重篤な副反応、健康被害救済などについて理解しました。

そのうえで、子どもの病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮し、当日子どもが 1 人で予防接種を受けることに同意します。

平成　　年　　月　　日

被接種者（接種を受ける本人）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　　年　　月　　日

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者（被接種者との続柄；　　）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急時の連絡先
電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本同意書は、＊上記ワクチン　接種時に保護者が同伴しない場合に必要となるものです。お子様が 1 人で予防接種を受ける場合は、必ず保護者が記載し、医療機関窓口へ提出させるようにしてください。