

医療法人社団 城東桐和会
府中駅前クリニック
院長 花田 健治 殿

インフルエンザワクチン接種同意書

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

インフルエンザワクチンはインフルエンザウイルスの感染を予防する目的で使用します。

体調不良の方、重篤な感染症に罹患されている方や免疫不全状態の方、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申し出ください。

副反応として局所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。また副反応発症に対し治療が必要な場合、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。ただし知能障害などの重篤な健康被害に対しては国からの金銭的補助を申請する事ができます。

私（保護者氏名： _____）は、子（お子様氏名： _____）に
インフルエンザワクチン接種をさせるにあたり、下記事項に同意いたします。

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、お子様が副反応等により急変した場合、府中駅前クリニックにおいて治療を受けたり、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。

場合によっては、治療を優先し、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。

平成 _____ 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： _____

連絡先： _____