

予防接種を希望される未成年（16歳以上 20歳未満）の方で、保護者の同伴がない方は、下記の予防接種同意書を読んで頂き、必要事項を記入して持参してください。本同意書の記入がない場合、予防接種を受けることができません。

予防接種同意書

水島中央病院

院長 松尾龍一 殿

私は、予防接種の目的、効果、安全性、副反応について十分に理解しました。また、接種を受ける子供も、接種について納得しました。

この文書を持参する本人の保護者として、予防接種の目的や効果、重篤な副反応発症の可能性について理解したうえで子供に接種させることに同意します。

また、緊急事態が生じた際、医師の判断に基づいて最良の処置を実施することに同意します。

____年 月 日

保護者署名 _____

接種を受ける子供の氏名 _____

住所 _____

緊急の連絡先・携帯電話 _____

※予診票と一緒にこの同意書をご持参ください

※予診票にも保護者の署名が必要です

TEL (086) -444-3311