同意書
保護者が同伴しない場合は必ずご提出ください

この同意書は、保護者が同伴せずに13歳以上、18歳（高校生相当）までのお子さまが予防接種を受ける際に必要です。

別添の予防接種のお知らせをよくお読みいただき、予防接種の効果、副反応、健康被害救済制度やその他注意事項についてご理解の上、ご署名ください。疑問等があれば、あらかじめかかりつけの小児科または自治体の保健予防課へお気軽にご相談ください。

＊自治体で専用同意書が配布される場合は、その同意書のみご提出ください。

＊署名がない場合、保護者同伴なしでの予防接種は受けられないことがございます。

＊予防接種予診票の「保護者記入欄」にもご記入をお願いいたします。

同意書

別添の予防接種のお知らせを読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解したうえで、子どもに接種させることに同意します。

また、別添の予防接種のお知らせは、保護者の予防接種に対する理解を深める目的で作成されたものであることを確認し、本様式が自治体に提出されることに同意します。

（すべての項目にご記入をお願いいたします。）

受ける予防接種
- □ 注射インフルエンザ　□ 点鼻インフルエンザ
- □ HPVワクチン(子宮頸がんワクチン)
- □ その他 （ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ）

保護者自署 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所 大阪府＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急の連絡先（電話番号） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記入日 ＿＿＿年 ＿＿＿月 ＿＿＿日

予防接種法に基づき、16歳以上のお子さまは、予防接種の種類や助成の有無により、同意書が不要な場合もございます。ご不明な点は、クリニックまでお問い合わせください。

天六こどもハート・アレルギークリニック
TEL：06-6355-5810