

予防接種同意書

あなたのお子さんの病歴・健康状態・接種当日の体調等を考慮したうえで、接種をすることを同意しますか。

(同意します ・ 同意しません) かっこ内どちらかを○で囲んでください。

下記の予防接種を受けるにあたっての説明書を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発生の可能性及び予防接種救済制度などについて理解した上で子どもに接種させることに同意します。

令和 年 月 日

東近江市蒲生医療センター
院長 諏訪 裕文 様

予防接種の種類：_____

接種者氏名：_____

【保護者】

氏名（自署）：_____

住 所：_____

緊急連絡先：_____