

<予防接種 保護者の同意書>

医療法人社団佳有会 品川イーストクリニック 殿

私(保護者)は、このたび子供が予防接種を受けるに当たり、事情により同伴することができないため、ワクチンに関する説明(<http://japantravelclinic.com>)を読み、予防接種の効果や副反応について理解しました。また、輸入ワクチン・輸入医薬品は国内未承認の為、医薬品副作用被害救済制度の適応がないことも理解しました。

下記の者へのワクチン接種に同意します。

また、ワクチン接種後にアナフィラキシーショックなどの緊急事態が生じた際、医師の判断に基づいて最良の救命処置を実施することに同意します。

年 月 日

<保護者>

住所 _____

保護者氏名(本人の署名) _____ ⑩

緊急時の連絡先 _____

子供との関係 _____

<予防接種を受ける者>

住所 _____

お子さまの氏名(本人の署名) _____ ⑩