

# **保護者が同伴しない場合の同意書**

(中学1年生～3年生まで 1人につき1枚使用)

別添の【インフルエンザワクチン予防接種予診票及び接種について】の内容をよく読み、十分理解し納得された上でお子様に接種することを決めてください。

**接種することを決定し接種日当日に保護者が同伴しない場合は、下記の保護者自署欄及び予診票の保護者サイン欄に必ず署名してください。**

## **【保護者自署欄】**

【インフルエンザワクチン予防接種予診票及び接種について】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などについて理解した上で、お子さんに接種することに同意します。保護者の方の予防接種に対する理解の上、駒橋内科に提出することに同意します。

被接種者氏名 \_\_\_\_\_

保護者自署 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

緊急連絡先 \_\_\_\_\_

※本様式は中学生に相当する年齢の者を対象として実施するインフルエンザ予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。

お子様が1人で予防接種を受ける場合は、必ず予診票とともに本様式を駒橋内科医院へ提出してください。

**本様式及び予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられませんので、ご注意ください。**

### **\* 接種後の注意事項 \***

まれではありますが、アナフィラキシーなど重篤かつ緊急的対応が必要な副反応は、接種後ただちに（30分以内）生じることがあるため、接種後はその後でしばらく（30分以内）様子を見るようお子様にお伝えください。

☆アナフィラキシーとは、ひどいアレルギー反応でショック状態になる激しい全身反応のことです。