

フルミスト点鼻保護者同意書

(18歳未満の高校生で接種当日に保護者が同伴しない場合)

※同意書に保護者の署名がないと予防接種は受けることができません。

- ・インフルエンザ予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、医薬品医療機器総合機構法の救済制度（PMDA）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。
- ・同意にあたっては、予診票の「経鼻弱毒生インフルエンザワクチン（フルミスト点鼻液）の接種をご希望の方へ」の内容を十分理解した上で、接種することをお決め下さい。
- ・保護者の方が接種当日同伴する場合、本同意書は必要ございません。

記入日	年 月 日
接種者氏名	
接種者生年月日	年 月 日
保護者住所	
接種当日の 緊急連絡先	氏名（ ）母・父・祖父母・その他（ ） 電話（ ） -
保護者自署	

なお、当日接種時の予診の結果、接種を受けるのに不適當な状態と医師が判断した場合は、接種を受けることができない場合があります。