

「小児用インフルエンザの接種について」の内容をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様（ただし、13歳以上のお子様に限ります。）が一人で接種することを希望する場合は、この同意書に保護者自ら署名することによって、保護者が同伴しなくても予防接種を受けることができます。

接種させることを決定した場合は、次の同意書に記入してください。（同意がなければ予防接種は受けられません。）

## 同 意 書

「小児用インフルエンザの接種について」の内容を読み、予防接種の効果、目的、重篤な副反応発症の可能性、健康被害についての手続等について理解した上で、次の接種対象者に接種させることに同意します。

なお、医療機関がこの同意書を古河市に提出することに同意します。

接種対象者氏名 \_\_\_\_\_

接種対象者生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

保護者自署 \_\_\_\_\_

接種対象者との続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

緊急の連絡先 \_\_\_\_\_

※ この同意書は、13歳以上のお子様の小児用インフルエンザ予防接種に保護者が同伴しない場合に必要となるものです。お子様が一人で小児用インフルエンザ予防接種を受ける場合は、必ずこの同意書及び予診票を御記入の上、医療機関に提出させるようにしてください。