

未成年者の診療および予防接種・治療に関する同意書

以下について確認後、□にレ点をつけてください。

- 保護者同伴しませんが、本人・同伴者（あり・なし）が受診し予防接種を受けることに同意します。
- 本日の受診者は13歳以上です。
- ホームページの説明書を読み、必要性・副反応について理解しました。
- 過去に重篤な副反応が生じたことはありません。
- アレルギーや免疫の異常を指摘されたことはありません。
- 疑問点について十分な説明の機会を得て納得しました。
- 緊急時には電話連絡を受けることが可能です。

同意欄

埼玉県立小児医療センター病院長殿

埼玉県立小児医療センターで予防接種、および緊急の際の必要な治療を受けることに同意します。

年 月 日

受診者（自署） 氏名 _____
住所 _____
生年月日 _____ 年 月 日 _____ 歳

保護者（自署） 氏名 _____ 続柄 _____
住所 _____
緊急時連絡先（電話番号） _____