

インフルエンザワクチン予防接種 同意書

下記事項に同意いただけましたらチェックボックスにシ点を入れてください

- 予約時前払い制 1回 4500円です。 越谷市内在住で 6ヶ月から64歳以下 1回 2000円 (10/1～12/31迄)
※助成価格で接種した後に、助成対象でないことが判明した場合は差額の2500円を追加でお支払いいただきます。

●キャンセルポリシー

- 日程変更は、当日 13 時までには必ずご連絡をください。いかなる理由であっても、13時を過ぎたときや連絡が無いときは日程変更・返金はできません。
- 返金について、当日13時まで中止のご連絡を頂きました場合返金致します。
- キャンセル料について、13時までにご連絡が無く来院されなかった場合はいかなる理由でも、前払いでお支払い頂いている代金をキャンセル料として充当いたします。
- 日程変更について、空きが無ければ承れない場合がございます。
- 体調不良による日程変更の場合でも、空きが無ければ再予約ができない可能性があります。
- 無断キャンセルの場合再予約は受け付けません。

●接種回数について

- 13 歳以上は基本的に 1 回接種を行います。
(希望者は2回目の接種が可能ですが、越谷市については2回目の助成は受けられません。)
- 16 歳未満の方…接種日は保護者同伴 / 20 歳未満の方…保護者の同伴なき場合は同意書が必要

●接種の日程を決める前に

- 必ず、最後に他の予防接種を受けた日程、今後の接種日程をご自身で確認のうえご予約下さい。
中学生以下については予防接種の履歴が確認できる母子手帳の持参が必要です。
- 初めてインフルエンザ予防接種を受ける方、乳幼児は火曜日・土曜日・祝日の前日は避けてご予約下さい。

●妊婦授乳婦の方へ

当院では産婦人科診察ガイドラインに基づき「妊婦へのインフルエンザワクチン接種はインフルエンザの重症化と予防に最も有効であり、母体および胎児への危険性は妊娠全期間を通じて極めて低い」とされていることから、妊婦へのワクチン接種を行います。授乳婦に関しても、同ガイドラインによれば「インフルエンザワクチンを投与しても乳児への悪影響はない」記載されていることから接種を行います。予防接種を受けるにあたり、必ず予診票裏面の説明をよく読み、予防接種の効果・目的、重篤な副反応発症の可能性、及び予防接種救済制度などについて理解したうえで、インフルエンザワクチン予防接種をお申し込みください。

●待ち時間・接種後の過ごし方について

- なるべく予約時間にご案内するよう努めて参りますが、30分前後お待たせする可能性があります。
- 重篤な副反応のリスクがありますので接種後30分は院内で過ごしていただきます。

上記項目に同意します

令和 年 月 日

予約者署名

中学生以下については保護者の署名

領収書が必要な方は指示ください

- ※日付はお支払い日とさせていただきます。
- ※但し書は インフルエンザ予防接種代として (〇年〇月〇日接種分) とさせていただきます。

No

合計 バイアル ml

インフルエンザワクチン予防接種申込書

診察券No	フリガナ	生年月日			
	氏名	(大正・昭和・平成・令和)	年	月	日
		希望回数	月 日()	満()才	()ml
	性別/年齢	男・女 満()歳	1回 / 2回	月 日()	満()才 ()ml
(〒 —) 緊急時連絡の取れる電話：					
診察券番号記入者省略可能・同居家族省略可					

診察券No	フリガナ	生年月日			
	氏名	(大正・昭和・平成・令和)	年	月	日
		希望回数	月 日()	満()才	()ml
	性別/年齢	男・女 満()歳	1回 / 2回	月 日()	満()才 ()ml
(〒 —) 緊急時連絡の取れる電話：					
診察券番号記入者省略可能・同居家族省略可					

診察券No	フリガナ	生年月日			
	氏名	(大正・昭和・平成・令和)	年	月	日
		希望回数	月 日()	満()才	()ml
	性別/年齢	男・女 満()歳	1回 / 2回	月 日()	満()才 ()ml
(〒 —) 緊急時連絡の取れる電話：					
診察券番号記入者省略可能・同居家族省略可					

診察券No	フリガナ	生年月日			
	氏名	(大正・昭和・平成・令和)	年	月	日
		希望回数	月 日()	満()才	()ml
	性別/年齢	男・女 満()歳	1回 / 2回	月 日()	満()才 ()ml
(〒 —) 緊急時連絡の取れる電話：					
診察券番号記入者省略可能・同居家族省略可					

診察券No	フリガナ	生年月日			
	氏名	(大正・昭和・平成・令和)	年	月	日
		希望回数	月 日()	満()才	()ml
	性別/年齢	男・女 満()歳	1回 / 2回	月 日()	満()才 ()ml
(〒 —) 緊急時連絡の取れる電話：					
診察券番号記入者省略可能・同居家族省略可					