

(周産期)

インフルエンザ予防接種同意書

私は、かかりつけ産婦人科（
）にて
インフルエンザ予防接種を内科受診の上接種をすることを許可されました。
インフルエンザワクチンの効果と副反応を理解し接種に同意します。

令和 年 月 日

現在 妊娠（ ）ヶ月

氏名 _____

東大沢整形外科内科
リハビリテーションクリニック