

◇ インフルエンザワクチン接種許可書 ◇

現在妊娠 〇 月の妊婦に対し、インフルエンザ接種を必要とし、  
接種を許可します。

副反応症状が出た場合は、かかりつけ産婦人科に受診すること  
を理解したうえで、貴院での接種を許可しました。

平成 〇 年 〇 月 〇 日

病院名 \_\_\_\_\_

担当医 \_\_\_\_\_

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。

平成 〇 年 〇 月 〇 日

生年月日 〇 年 〇 月 〇 日

氏名

出産予定日 〇 月 (現在妊娠 〇 月)