

インフルエンザワクチン接種許可書

現在妊娠_____ヶ月の妊婦に対し、インフルエンザ予防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上で、貴院での接種を許可しました。

令和 年 月 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。

令和 年 月 日

生年月日 _____

氏名 _____

出産予定日 _____

(現在妊娠 ヶ月)