

フルミスト (経鼻弱毒化生インフルエンザワクチン) 接種同意書

湘南台あかちゃんこどもクリニック

貴院のフルミストについての説明文書をすべて読み、効果、副反応について、また副反応については国内の医薬品副作用被害者救済制度を利用できないことを理解した上で、接種を申し込みます。

年 月 日

氏名 _____

年齢 _____ 才

代筆者の場合

氏名 _____

続柄 _____