

フルミスト予約申込書(同意書)

□当院では2歳から15歳までとさせていただきます。

接種時に鼻水・鼻づまりの症状がある場合、効果が減少してしまう可能性があるため、鼻を上手にかめる、接種のやり方を理解できる5歳以上からの接種をお勧めしております。

□接種費用：1回8000円(税込)です。杉並区内在住の12歳までのお子様は杉並区費用助成制度をご利用になれます。また、未就学児のお子様は子育て応援券・ゆりかご券・応援券アプリも併せてご利用になれます。

□接種時の注意事項：小学生以下のお子様は保護者様が必ず付き添うようお願いいたします。

37.5℃以上の熱がある方、風邪症状があるなど、体調がすぐれない方は接種できません。診察時に上記症状が見られた際には接種を見合わせる場合がございます。ご体調回復後に接種をお願いいたします。

接種当日は、激しい運動は避けてください。接種後30分以内は重大な副反応が現れることがありますので、医療機関とすぐに連絡が取れるようにして下さい。

□予約方法：院内受付にて承ります。お電話でのご予約は受付けておりません。ご了承ください。

日程の変更、キャンセルについてはお電話にて承ります。予約日時の3時間前までに必ずご連絡ください。事前にご連絡なく予約日時に来院されない場合は、ご予約をキャンセルさせていただきます。また、再度のご予約をお断りさせて頂く場合がございます。予めご了承ください。

上記同意の上、フルミスト接種を希望します。

____年 ____月 ____日

接種者氏名 _____

保護者氏名 _____ (続柄 _____)

ファミリークリニック高井戸 フルミスト 予約票

氏名 _____ 予約日 ____月 ____日 ____時 ____分