

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。

診察前の体温 度 分
TEL ( ) -
(フリガナ) 接種を受ける人の氏名 ( ) 男・女
生年月日 平成 年 月 日生
保護者の氏名 ( 歳 カ月)

Table with 3 columns: 質問事項, 回答欄, 医師記入欄. Contains 15 rows of questions regarding vaccination history and health status.

医師記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は( 実施できる ・ 見合わせた方がよい )と判断します。
保護者に対して予防接種の効果・副反応、ウシ成分の使用及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。
医師署名又は記名押印[ ]

保護者記入欄
医師の診察・説明(ウシ成分の使用に関する説明を含む)を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種することに( 同意します ・ 同意しません )。どちらかを○で囲んでください。
保護者の署名[ ]

Table with 3 columns: 使用ワクチン名, 接種量, 実施場所・医師名・接種年月日. Contains details about the Hib vaccine and the clinic.

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。