

予防接種問診票

内の当てはまるところに記入するか○で囲んでください。

診察前（接種会場）の体温 度 分

住所 〒
電話番号
受ける人の氏名 性別 生年月日 年 月 日 (歳)

Table with 4 columns: 質問事項, 解答欄, 医師記入欄. Rows include questions about vaccination, medical history, and allergies.

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 (可能・見合わせます)
本人に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品副作用被害救済制度について説明をしました。
医師署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、() ワクチン の効果や副反応などについて理解した上で、
接種を受けることに (同意します・同意しません)
平成 年 月 日 受ける人の氏名 (なるべく本人が署名してください)
*本人が署名できない場合は代筆者が「受ける人の氏名」欄に記入し、「代筆者氏名」および「受ける人との続柄」も記載して下さい (医師、看護師等は不可)
代筆者氏名 (受ける人との続柄)

使用ワクチン名 摂取量 実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 ※皮下接種 実施場所 はやたクリニック
医師名 早田篤司
LOT No. ml 接種年月日 年 月 日

(接種済証が必要な場合は、記入の上ご本人にお渡しください)

予防接種済証 薬品名:

ロットシール添付場所

住所 〒468-0051
名古屋市中天白区植田三丁目1603番地 名鉄交通植田ビル1F
氏名 実施場所 はやたクリニック
生年月日 年 月 日 医師名 早田 篤司