

新型インフルエンザ予防接種予診票

医療従事者(救急隊員含む。)、妊婦、基礎疾患を有する者(高校生に相当する年齢の者以上)
1歳未満の小児の保護者、身体的な理由により接種が受けられない者の保護者等、
高校生に相当する年齢の者、65歳以上の者対象

Table with 4 columns: 住所, 受ける人の氏名, 保護者の氏名, 年齢区分. Includes fields for gender, birth date, and medical history categories.

Table with 3 columns: 質問事項, 回答欄, 医師記入欄. Contains 18 rows of questions regarding current health, past illnesses, and vaccination status.

医師の記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 可能 ・ 見合わせる )
本人または保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をした
医師署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、
接種を希望しますか ( 接種を希望します ・ 接種を希望しません )
平成 年 月 日 本人または保護者自署

Table with 3 columns: ワクチンメーカー名、ロット番号, 接種量, 実施場所・医師名・接種年月日. Includes fields for manufacturer, dosage (ml), and date.