

接種回数を忘れずご記入ください

小児インフルエンザ 予防接種 予診票

対象年齢：生後 6 か月から小学校 6 年まで

柏市

受診日	西暦 2024年 10 月 1 日	診察前の体温	36 度 5 分
接種回数	1回	2回	
住所	柏市 柏下 65-1		
予防接種番号	1 0 3 5 6 ● △ ■		
ふりがな		生年月日	西暦 2016 年 6 月 16 日 (満 8 歳 3 ヶ月)
受ける人の氏名	柏 太朗 (男 女)	電話番号	080-1155-〇〇△△
保護者の氏名	柏 花子		

不明の場合、未記入でも構いませんが、氏名・ふりがな・生年月日を正しくご記入ください

該当する回答に
○をつけてください

該当の場合
のみ回答

医師の診察を受けた後、ご記入ください。

必ず保護者のお名前を
ご記入ください

保護者記入欄	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、予防接種健康被害制度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 ※どちらかに○ 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。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	保護者の目撃署名 柏 花子
--------	--	-------------------------

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. 有効期限 年 月 日 (注)有効期限が切れていないか要確認	皮下接種 3歳未満： 0.25mL 3歳以上： 0.5mL	実施場所： 医師名： 接種年月日： 西暦 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

柏市提出分