

※お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。また、予防接種の対象年齢等は医師にご確認ください。

|               |  | 診察前の体温                |                                            |  | 度 | 分 |
|---------------|--|-----------------------|--------------------------------------------|--|---|---|
| 住 所           |  | TEL (       )       — |                                            |  |   |   |
| フリガナ          |  | 男<br>・<br>女           | 生年月日<br><br>年    月    日生<br>(満    歳    カ月) |  |   |   |
| 受ける人の氏名       |  |                       |                                            |  |   |   |
| (代理人又は保護者の氏名) |  |                       |                                            |  |   |   |

[illegible]

|           |                                                                                                    |       |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 医師<br>記入欄 | 以上の問診及び診察の結果、今日の接種は（可能・見合わせる）と判断した。<br>本人（もしくは代理人又は保護者）に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品<br>副作用被害救済制度について説明した。 | 医師の署名 |
|           |                                                                                                    |       |

|           |                                                                                                                                                                            |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 本人<br>記入欄 | 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応について理解した上で接種を希望しますか。<br>( 希望します ・ 希望しません )                                                                                                          |
|           | 年 月 日 本人の署名（もしくは代理人又は保護者の署名）<br><br><div><div></div><div>・ 本人が署名できない場合は代理人又は保護者が署名し、代理人又は保護者の氏名及び被接種者との続柄を記載<br/>・ 被接種者が16歳未満の場合は保護者の署名、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人の署名</div></div> |

| 医師<br>記入欄 | ワクチン名など                   |                        | 接種量              | 実施場所・医師名・接種年月日                                             |
|-----------|---------------------------|------------------------|------------------|------------------------------------------------------------|
|           | スバキソビッド筋注<br>(武田薬品工業株式会社) | Lot No. :<br>カルテ No. : | 筋肉内接種<br>_____mL | 実施場所： 春待坂ハートクリニック<br>医師名：<br>接種年月日：            年    月    日 |

ご記入いただいた個人情報は新型コロナワクチン接種の予診に関してのみ使用させていただきます。