

医師専用（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・見合わせたほうがよい）と判断します。

・接種を見合わせる理由（ ）

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、説明をしました。

医師署名又は記名押印 _____

使用ワクチン名	接種量	医療機関所在地・医療機関名・医師名・接種(予診)年月日
ワクチン名	皮下接種	医療機関所在地
Lot No.	0.25mL	医療機関名
	接種部位	医師名
	右腕・左腕・右足・	
(注)有効期限が切れていないか要確認	左足・その他()	接種(予診)年月日 令和 年 月 日
(注) 予診のみの請求は、被接種者の体調により接種を見合わせる場合で、同日、保険診療を行っていないもののみ可能です。請求の際は、医療機関コードを用紙右上に記載してください。		