

医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いてください。	
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) 医師の署名又は記名押印 本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明した。	
After an examination with the doctor, I have heard and understood the doctor's explanation about the vaccination, its effects and purpose, and the possibility of serious side effects. 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。 <input type="checkbox"/> Yes, I want to receive the vaccination 接種を希望します <input type="checkbox"/> No, I do not want to receive the vaccination 接種を希望しません	Patient's Signature (Guardian's Signature) 本人の署名(または保護者の署名) *Patients that are not able to write themselves must have a representative sign and state their relationship to the patient. 自書できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。

使用ワクチン名		用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザ HA ワクチン <input type="checkbox"/> 化血研 <input type="checkbox"/> デンカ生研	Lot.No.	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25ml (6ヶ月以上3歳未満)	実施場所： 医師名： 接種日時： 平成 年 月 日 :時 分
	カルテ No.		