

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。

- Yes, I want to receive the vaccination 接種を希望します
 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 | 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) | 〒106-0032 東京都港区六本木3-1-1 六本木T-Cube 2F 六本木HATクリニック TEL 03-3584-1132 FAX 03-3584-1136 院長 福田 智 信 年 月 日 |
| カルテ No. | | | |