

日本脳炎ワクチン予診票（特例対象者）の記入について

接種を受ける方の**年齢、同伴の有無**で記入箇所が変わります

保護者氏名欄

(読 求 用)

接種を受ける方が **15 歳以下** の場合は保護者氏名を記入

フリガナ	性別	生年	年	月	日生	日本脳炎【特例】
受ける人の名前		月日	(満	歳	カ月)	有効期限
保護者氏名	TEL	()			13歳以上 20歳未満
<small>(接種を受ける方が満16歳以上の場合は記入不要です。)</small>						

今回の接種に「○」をつけてください。 また過去の接種年月日をご記入ください。 ※特例接種の場合「☑」を入れてください。	特別接種 <input type="checkbox"/>	第1期初回1回目接種 (西暦) 年 月 日	第1期初回2回目接種 (西暦) 年 月 日	第1期追加接種 (西暦) 年 月 日	第2期接種
---	----------------------------------	--------------------------	--------------------------	-----------------------	-------

署名欄

医師署名又は記名押印

【保護者記入欄（自署欄）】どちらかに☑を入れてください

保護者又は代理人（同伴者）が同伴する場合・被接種者が16歳以上の場合
 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、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で接種すること、及びこの予診票の目的が予防接種の安全性の確保であることを理解の上、本予診票が区に提出されることに同意します。
 保護者（被接種者が16歳以上の場合は本人）又は同伴者署名

被接種者が13～15歳で保護者が同伴しない場合
 日本脳炎予防ワクチンを受けるに当たっての説明書を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解し、接種を受ける方の病歴・健康状態・接種当日の体調等を考慮した上で、接種することに同意します。また、この予診票の目的が予防接種の安全性の確保であることを理解の上、本予診票が区に提出されることに同意します。
 保護者自署 緊急の連絡先

保護者等が**同伴する**場合または接種を受ける方が**16歳以上**の場合は
 こちらを確認、**☑チェック**をし
 接種を受ける方が**15歳以下**の場合は**保護者の署名**
16歳以上の場合は**本人の署名**をしてください

医師署名又は記名押印

【保護者記入欄（自署欄）】どちらかに☑を入れてください

保護者又は代理人（同伴者）が同伴する場合・被接種者が16歳以上の場合
 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、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で接種すること、及びこの予診票の目的が予防接種の安全性の確保であることを理解の上、本予診票が区に提出されることに同意します。
 保護者（被接種者が16歳以上の場合は本人）又は同伴者署名

被接種者が13～15歳で保護者が同伴しない場合
 日本脳炎予防ワクチンを受けるに当たっての説明書を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解し、接種を受ける方の病歴・健康状態・接種当日の体調等を考慮した上で、接種することに同意します。また、この予診票の目的が予防接種の安全性の確保であることを理解の上、本予診票が区に提出されることに同意します。
 保護者自署 緊急の連絡先

使用ワクチン	接種量	実施場所・接種医師名
Lot No.	該当に☑してください <input type="checkbox"/> 3歳以上 0.5ml	実施機関名・住所・電話番号

接種を受ける方が**13～15歳**で保護者等が**同伴しない**場合は
 こちらを確認し**☑チェック**、**保護者の署名**、**緊急連絡先**の記入をしてください