

会津坂下町に住民登録をされていない方はこの用紙は使用できません。

会津坂下町インフルエンザ予防接種予診票（65歳以上用）

□ 一般
□ 施設

診察前の体温 度 分
住所 会津坂下町 電話 () -
受ける人の氏名 性別 男・女 生年月日 大正・昭和 年 月 日 (満 歳)

Table with 4 columns: 質問事項, 回答欄, 医師記入欄. Rows include questions about understanding the vaccine, current health, and previous vaccinations.

医師記入欄
以上の問診・診察の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる）
本人に対して、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した。
医師署名又は記名押印

医療機関記入欄
ワクチンロット番号, 接種量, 公費負担, 医療機関名, 接種医師名, 有効期限, 接種年月日. Includes a note about disability benefits for those aged 60-64.

インフルエンザ予防接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入して下さい）

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。
（接種を希望します ・ 接種を希望しません）

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署 (続柄)
(※自署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)