

診察前の体温	度	分
--------	---	---

* 次の書類により市民であることを確認してください。①保険証・受給者証 ②マイナンバーカード ③免許証 ④その他公的書類
福山市内の医療機関において次のいずれかの書類を確認した場合は、確認した書類の番号を右欄に記入してください。

- 番号記入欄

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（ 可能 ・ 見合わせる ） ＊どちらかを○で囲む。 本人に対して、予防接種の効果や目的、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 印
該当する場合に ☒	☐ 60 歳以上 65 歳未満でヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がいがある者である。

ワクチン名・ロット番号	接種方法・接種量		実施医療機関名・医師名・接種年月日		
ワクチン名 Lot No. ※シール貼付可 有効期限を確認	シングリックス 筋肉内注射	乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」 皮下注射	実施医療機関名 医 師 名 接 種 年 月 日	年	月 日
	0.5ml				