証明書確認項目欄の記入例

生年日日 大正・昭和

福山市高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種予診票 | 診察前の体温

住 所	III HA 117		(年齢)		満	歳)				
フリガナ		J	男 •	女						
名 前		! ()	_						
*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。 ① 市民税非課税世帯の「証明書(医療機関用)」										
② 介護保険料決定通知書(又は特別徴収額決定通知書)(所得段階が1~3段階に限る。) 番号記人機										
④ 中国残留邦人	③ 「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」 ④ 中国残留邦人等の支援給付受給世帯の人で、写真付きの「本人確認証」(接種日時点で、有効であるもの)									
⑤ 生活保護世帯の人で、「休日・夜間等受診票」(接種日時点で、有効であるもの)										
今日の新刑コロ	質 問 事 ¹ ナウイルス感染症の予防接種につい	日主	答 欄	医師記入欄						
ラロの新型コロ を読みましたか		はい	いいえ							
	。 の効果や副反応などについて理解し	はい	いいえ							
現在、何か病気	にかかっていますか。 病名(はい	いいえ							
)を受けていますか。	はい	いいえ							
	医には、今日の予防接種を受けてよい	はい	いいえ							
	の悪いところがありますか。 を書いてください。(はい	いいえ							
	を書いてくたさい。(三発疹やじんましんが出たり、体の具合	はい	いいえ							
	ルス感染症の予防接種を受けたこと			はい	いいえ					
①その際に具合	が悪くなったことはありますか。	(+1)	いいえ							
② 新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。					いいえ					
	れん)を起こしたことがありますが)\ ₀		はい	いいえ					
1か月以内に予防接種を受けましたか。										
予防接種の種類(いいえ					
心臓病、じん臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名 ()					いいえ					
	らっている医師に、今日の予防接種を		ましたか。	はい	いいえ					
最近1か月以内 病名(に熱が出たり、病気にかかったりし	しましたか。	`	はい	いいえ					
	について質問がありますか。			はい	いいえ					
	以上の問診及び診察の結果、今日	の予防接種は(〒	「能・見合			- つで囲む。				
医師記入欄	本人に対して、予防接種の効果や									
HON SIM	医師 型/	名又は記名押印				EO				
該当する場合に✓	□ 60 歳以上 65 歳未満で一定の心臓、じんli		はヒト免疫不全	ウイルスによる免	疫機能障がいた	- 11				
	イルス感染症予防接種希望書(図									
	明を受け、予防接種の効果や目的、		接種を(希望します						
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。 * どちらかをOで囲む。										
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。本人署名										
このことを理解の上、この予診票が福山市に提出されることに 同意します。 ※必須(代理人による代筆記名の場合も含む。)										
	きない場合は、家族等の代筆者が本人		続柄							
※本人が署名できない場合は、家族等の代筆者が本人の意思を確認し、 代筆者名前										
	・ロット番号 接種量			医師名・接	種年月日					
ワクチン名	筋肉内接種	実施医療機関名								
Lot No.	**************************************	医 師 名								
※シール貼付可。有		年		B						
※ この予診票は、福	山市保健予防課で保管します。					呆予- 2025. 7. 15				

被接種者より、次のいずれかの 書類の提示、又は確認ができた 場合は、「番号記入欄」に該当 の番号を記入してください。

- ・市民税非課税の「証明書(医療機関用)」
 - ・・・・①を記入
- ・「介護保険料決定通知書」、又 は「特別徴収額決定通知書」
 - ・・・・②を記入
- 「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」
- ・・・③を記入
- 中国残留邦人等の支援給付 受給者に係る、写真付きの「本 人確認証」
 - ・・・④を記入
- 生活保護受給者に係る、「休日・夜間等受診票」
 - ・・・⑤を記入
- ※証明書の年度及び有効期限 の確認をお願いします。
- | |●各証明書(原本又はコピー)を保健予防課へ提出する必要はありません。「番号記入欄」への記入| |を確実にお願いします。
- ●原本は被接種者へ返却してください。高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種時に取得した 証明書を、他の高齢者定期接種を受ける際に再度利用していただくことができます。
 - ※肺炎球菌及び帯状疱疹の予防接種については、接種対象年齢にご注意ください。

予診票記入例(対象者本人が署名する場合)

接側内であるとと音楽が表していた。	福山市享齡老新刑・	コロナウイルス成処症署	防接種予診曹	診察がなり	+ :B	•		庄 /	<u></u>
(年齢) (漁 歳) 技種時の体温を配入			· 阿川女主 J. 四大					*******	
名 前 電話番号 (住所								
本次の無限により付けでからことを確認してよるい。日本時間・②ペイチャン・ウード ②吹作車 ②ペイザッとの中間 1 日本の 1	フリガナ			性	別	9	·	女	
本次の無限により付けでからことを確認してよるい。日本時間・②ペイチャン・ウード ②吹作車 ②ペイザッとの中間 1 日本の 1	名 前			電話番	号	()		_	
報助的の基礎機関において次のいずれかの書籍を確認した場合は、落腹いた事数の書字を表現に収入してださい。 ① 市民税事務と関係機関の第2回・ (政権機関の) (原程規度が1~32度間に限し、) ② 中国発展が大学の支援機関で設めまた (政権が関係な概決定者が高) (原程規度が1~32度間に関している説明書 と							4)その他/	公的書類	•••
### 全話のましたか。	福山市内の医療機関にま ① 市民税非課税世帯の ② 介護保険料決定通知 ③ 「後期高齢者医療限 ④ 中国残留邦人等の支	いて次のいずれかの書類を確 「証明書(医療機関用)」 書(又は特別徴収額決定通知 を額適用・標準負担額減額認定 援給付受給世帯の人で、写真	<u>認した場合は、確認</u> 書)(<u>所得段階が1~:</u> 記証」 付きの「本人確認証」	した書類の者 3段階に限る (接種日時)	号:)。)	右欄に記入し	てください。		
を競渉をしたか。 はい いいえ							李 欄	医師記入欄	N The state of the
現在、何か病気にかかっていますか。 病名 (ルス感染症の予防接種につい	ハて、医療機関に置	いている話	党明 1	はい	いいえ		接種時に対象者が記入
治療 (投薬など) を受けていますか。	今日の予防接種の効果	や副反応などについて理解し	しましたか。			はい	いいえ		
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。 はい いいえ 会日、株に異合の悪いところがありますか。 はい いいえ 新型コロナウイルス感染症の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。 はい いいえ が か か か で はい いいえ が が か か か か か か か か か か か か か か か か か)	<u> </u>	_	T • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	••
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。 新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。 ② 新型コロナウイルス感染症の予防接種の際に具合が悪くなったことはあります。 がきつけ、(けいれん)を起こしたことがありますか。 ② 新型コロナウイルス感染症の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。 ② 新型コロナウイルス感染症の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。 がきつけ、(けいれん)を起こしたことがありますか。 ③ はい いいえ が表名 (と言われましたか			1			••
繁空自品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。 はい いいえ いいえ でもの際に具合が悪くなったことはありますか。 はい いいえ いいえ かたの際に具合が悪くなったことはありますか。 はい いいえ いいえ かかったことはありますか。 はい いいえ いいえ いいえ いいえ かか。 はい いいえ が終名 (はい いいえ が から からを) はい いいえ はい いいえ が から から で聞短 (けいれん) を起こしたことがありますか。 はい いいえ が はい いいえ が はい いいえ が から で から で の で の で の で の で の で の で の で の で の で	今日、体に具合の悪いところがありますか。					•			
① 新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。			が悪くなったことが			はい	いいえ	••	
② 新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。 はい いいえ (はい ない) はい いいえ はい いいえ (はい ない) はい いいえ (はい ない) はい いいえ (者名 (との横病 所護病 血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 はい いいえ (者の病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。 はい いいえ (地) がら (との所)を診でれたり、病気にかかったりしましたか。 はい いいえ (まむ) との問診及び診察の結果、今日の予防接種(こついて質問がありますか。						はい	いいえ		
せっか はい いいえ はい いいえ はい いいえ はい いいえ はい いいえ が はい いいえ が はい いいえ いいえ が はい いいえ いいえ が はい いいえ が はい いいえ が はい いいえ が はい いいえ を で ない かっか から で で で で で で で で で で で で で で で で で で						_± はい	いいえ		
1 か月以内に予防接種を受けましたか。		へ窓朱延以外の予防按性の原	に共古が志くなう	12 - 2140	りりる	•	いいえ		
	ひきつけ (けいれん)	を起こしたことがありますだ) \ °			はい	いいえ		
□ いいえ	1 か月以内に予防接種を受けましたか。					はい	いいえ		
 最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。病名() はい いいえ 病名() 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種について質問がありますか。 歴師記入欄 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) * どちらかを〇で囲む。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盗訓唆に ルンズ 成明した。 医師署名又は記名押印 印	心臓病、じん臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。				゚はい	いいえ			
## (れましたか 。		はい	いいえ		
大学 大学 大学 大学 大学 大学 大学 大学		出たり、病気にかかったりし	しましたか。)		はい	いいえ		「明能」をして西心。
医師記入欄 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。		て質問がありますか。		,		1217	ひむえ		
医師記入欄 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 下記 下記 下記 下記 下記 下記 下記 下	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	医師の異々(古等)
下記名する場合に	医師記入欄 本人	に対して、予防接種の効果や	P目的、副反応及び	予防接種傾	康初	皮害救済制度	こついて、	説明した。	
該当する場合に☑ □00歳以上60歳未満で一定の心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能又はより充投で、まりである。 新型コロナウイルス感染症予防接種希望書(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ください。) 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。 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、この予診票が福山市に提出されることに同意します。 ※本人が署名できない場合は、家族等の代筆者が本人の意思を確認し、本人の意思に反する事なく、本人署名欄に本人の名前を代筆記名し、右欄に代筆者の名前及び本人との続柄を記載してください。 ワクチン名 ロット番号 接種 実施医療機関名・医師名・接種中月日 ワクチン名 ロット番号 接種 実施医療機関名・医師名・接種中月日 ワクチン名 ロット番号 接種 実施医療機関名・医師名・接種中月日 ワクチン名 日ット番号 接種 実施医療機関名・医師名・接種中月日 ロクチン名 日ット番号 接種 実施医療機関名・医師名・接種中月日 「カクチン名」の対験を確認 エー・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・		医師署	名又は記名押印					FID	
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。 * どちらかを〇で囲む。 * イタ名 * * とちらかを〇で囲む。 * * とちらかを〇で囲む。 * * ・ 本人名名 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	該当する場合に☑ □60 前	義以上 65 歳未満で一定の心臓、じん!	職若しくは呼吸器の機能.	又はヒト免疫/	主ウ	イルスによる免疫	受機能障がい 7	がある者である。	
	新型コロナウイルス	感染症予防接種希望書(图	医師の診察の結果、接	養種が可能と	判断	された後に記ん	入してくだる	さい。)	.il
このことを理解の上、この予診票が福山市に提出されることに 同意します。 ※本人が署名できない場合は、家族等の代筆者が本人の意思を確認し、 本人の意思に反する事なく、本人署名欄に本人の名前 を代筆記名し、右 欄に代筆者の名前及び本人との続柄を記載してください。 フクチン名 ロット番号 接種量 実施医療機関名・医師名・接種年月日 ワクチン名 筋肉内接種 実施医療機関名 医師 名 ※シール貼付電 有効期限を確認 m 1 接種年月日 年 月						*どちらか			対象者が該当する
同意します。		·- · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		本人署名					力をして囲む。
※本人が署名できない場合は、家族等の代筆者が本人の意思を確認し、本人の意思に反する事なく、本人署名欄に本人の名前を代筆記名し、右欄に代筆者の名前及び本人との続柄を記載してください。 代筆者名前 ************************************		この予診票か福山市に提出	されることに			×必須 (4+珊 Li	- トス件等記	タの悒今± 今+	
欄に代筆者の名前及び本人との続柄を記載してください。 実施医療機関名・医師名・接種中月日 ワクチン名 筋肉内接種 実施医療機関名 Lot No. 医師名 ※シール貼付司。有効期限を確認 ml 接種年月日 年月日	※本人が署名できないな			代筆者名		***** \ \U ∓ \			
ワクチン名 接種量 実施医療機関名・医師名・接種牛男貝 ワクチン名 筋肉内接種 実施医療機関名 Lot No. 医師名 ※シール貼付電 有効期限を確認 ml 接種年月日 年月日									対象石か者名(但聿)
Lot No. 医師名 ※シール貼付電 有効期限を確認 ml 接種年月日 年月日				施医療機関	名・	医師名・接	<u> </u>		
※シール貼付電 有効期限を確認 m 1 接種年月日 年 月 日	ワクチン名	筋肉内接種	実施医療機関名						
按框千月日 午 月		F. 76r≑Ω	医 師 名)
※ この子診察は、高温中経典子的課で保官します。 (未寸- 2025. 7. 15			接種年月日			年		BX 2005 7 11	=
	※ この才形祭は、無世市保健	『妙味で保官します。				-	1	未 ア- 2025. 7. 15	D .

接種後に医療機関で記入。 なお、ワクチン名・Lot No.については、 シールの貼付可

予診票記入例(代筆者が記名する場合)

福山市高齢者	———— 新型コロナウ	イルス感染症	予防接種予診票	診察前の体温			度	<u> </u>
住 所	逼山市			生年月日	大正・昭和	口 年	月 日	
主 所 "				(年齢)	(満	歳)	接種時の体温を記入
フリガナ				性 別		男 •	女	
前				電話番号	()	_	
次の書類によりす	打尽であることを確	雑製してください。①	保険証・受給者証(シマイナンバーカー	ド ③免許証	F 40その他	公的書類	ا ك
山市内の医療機	機関において次のし	いずれかの書類を確	認した場合は、確認					
	世帯の「証明書(定通知章(マは特		書) (所得段階が1~	2段階に限え)			番号記入欄	ī l
「後期高齢者医	医療限度額適用・	標準負担額減額認定	E証」					
			付きの「本人確認証 日時点で、有効であ		有効であるも	5の) ア		
二四杯改正市	OX CC PIA		項	- U U U U		答_欄	医師記入村	■
		症の予防接種につ	いて、医療機関に	置いている説明書	はい	いいえ		
:読みましたか。 ロのる味はほん		たじについて四句	1 + 1 + 4		1415	1515=		接種時に代筆者が対
		などについて理解	しましたか。		はい	いいえ		者の情報・状態を記入
	にかかっていま?) を受けていま?)	はい	いいえ		
			いと言われましたか。		はい	いいえ		
	の悪いところがあ		- H-12-10-01-10-0	,				\dashv
	を書いてください	* .)	はい	いいえ		
			が悪くなったことか	ぶありますか。	はい	いいえ	<u> </u>	_
		防接種を受けたこ	とがありますか。		はい	いいえ		
		とはありますか。 以外の予防接種のM	際に具合が悪くなっ	ったことはありま	はい	いいえ		
すか。	7 7 7 7 7 1 7 1 7 1 7 1 7 1 7 1	~>1 0> 1 (0) 1X 1X 0> 1		> / C C C 10 05 / 0	はい	いいえ		
♪きつけ(けいオ	れん)を起こした	たことがあります	か。		はい	いいえ		
か月以内に予	防接種を受けまり	したか。			はい	いいえ		
予防接種の種類		+)	10.0	0.0.75		明念の独田 医妊状体
♪臓病、じん臓⅓ 『名(丙、肝臓病、 <u>血</u> ;	後疾患などの慢性	疾患にかかったこ 。	とがありますか。)	はい	いいえ		問診の結果、医師が接
	らっている医師に	こ、今日の予防接種	を受けてよいと言わ	/ れましたか。	はい	いいえ		種可能と判断した場合 「可能」を○で囲む。
	に熱が出たり、タ	病気にかかったり	しましたか。		はい	いいえ		一門能」をして西心。
病名()				医红色图 2 / 士做\
6日の予防接種!	について質問がる		2 0 7 Philips		1211	ひじえ	0.45	医師の署名(直筆)
			目の予防接種(せて				〇で囲む 説明した。	- 又は 記名ゴム印+朱印
医師記入欄	本人に対して、		や目的、副反応及び	了的按性健康被	吉权冷制及	1000		む石コム印工木印
			名又は記名押印_					
	□60 歳以上 65 歳ヲ	+満で一定の心臓、じん	臓若しくは呼吸器の機能	又はヒト免疫不全ワイ	ルスによる免	疫機能障がい	がある者である	<u> <mark>代筆者が対象者の</mark></u>
当する場合に✓	+						h	思を確認し、該当す
.,,	イルス感染症予	防接種希望書(医師の診察の結果、抗	接種が可能と判断さ	れた後に記	入してくだ	S(1")	
新型コロナウィ		が 防接種希望書 (接種の効果や目的			れた後に記 を望します			[→] 方を〇で囲む。
新 型コロナウィ 医師の診察・説 D可能性などに	明を受け、予防の ついて理解した	接種の効果や目的 上で、接種を希望	、重篤な副反応 しますか。	接種を(ネ	6望します		ません) <mark>方をOで囲む。</mark> ↓
新型コロナウィ 医師の診察・説 の可能性などにこの予診票は、	明を受け、予防 ついて理解した 予防接種の安全	接種の効果や目的 上で、接種を希望 性の確保を目的と	、重篤な副反応 しますか。 しています。		6望します	・希望し	ません	方をOで囲む。
ボ型コロナウ ィ 医師の診察・説 O可能性などに この予診票は、 このことを理解	明を受け、予防 ついて理解した 予防接種の安全	接種の効果や目的 上で、接種を希望	、重篤な副反応 しますか。 しています。	接種を(オ 本人署名	き望します * どちらか	・ 希望し をOで囲む	ません。	/ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・
新型コロナウ (医師の診察・説の 可能性などに この予診票は、 このことを理解 可意します。	明を受け、予防: ついて理解した 予防接種の安全 の上、この予診:	接種の効果や目的 上で、接種を希望 性の確保を目的と 票が福山市に提出	、重篤な副反応 しますか。 しています。 されることに	接種を(ネ 本人署名 ※	き望します * どちらか	希望したので囲むたので囲む	。 。 名の場合も含	/ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・
新型コロナウィ 医師の診察・説 の可能性などにこの予診票は、このことを理解 可意します。 ※本人が署名でき	明を受け、予防のいて理解した。 予防接種の安全の上、この予診 では、まない場合は、家	接種の効果や目的上で、接種を希望性の確保を目的と票が福山市に提出	、重篤な副反応 しますか。 しています。 されることに	接種を(ネ 本人署名 ※ 代筆者名前	き望します * どちらか	・ 希望し をOで囲む	。 。 名の場合も含	代筆者が対象者の名前を記入
新型コロナウィ 医師の診察・説の可能性などにこの予診票は、このことを理解 可意します。 ※本人が署名でき は、人の意思に反す	明を受け、予防の ついて理解した。 予防接種の安全の上、この予診 をない場合は、家 する事なく、本人	接種の効果や目的上で、接種を希望性の確保を目的と票が福山市に提出	、重篤な副反応 しますか。 しています。 されることに 人の意思を確認し、 加を代筆記名し、右	接種を(ネ 本人署名 ※ 代筆者名前	き望します * どちらか	希望したので囲むたので囲む	。 。 名の場合も含	代筆者が対象者の
新型コロナウィ 医師の診察・説の可能性などにこの予診票は、このことを理解するします。 ※本人が署名できまり、本人の意思に反す。 場所に代筆者の名前	明を受け、予防の ついて理解した。 予防接種の安全の上、この予診のと、この予診 きない場合は、家 する事なく、本人 前及び本人との続	接種の効果や目的 上で、接種を希望 性の確保を目的と 票が福山市に提出 ない、 法等の代筆者が本、 署名欄に 本人の名	、重篤な副反応 しますか。 しています。 されることに 人の意思を確認し、 がき代筆記名し、右 い。	接種を(ネ 本人署名 ※ 代筆者名前	・望します * どちらか * 必須(代理人	・ 希望し を○で囲む による仕事を 続ね	。 。 名の場合も含	代筆者が対象者の名前を記入
新型コロナウィ 医師の診察・説にこの予診悪は、このでいるできる。 このことを理解に対象します。 ※本人の意思に反す。 様人の意思に反す。 は、大の意思に反する。 は、大の意思に反する。	明を受け、予防: ついて理解した。 予防接種の安全: の上、この予診: さない場合は、家 する事なく、本人 前及び本人との続	接種の効果や目的 上で、接種を希望 性の確保を目的と 票が福山市に提出 と 族等の代筆者が本。 署名欄に本人の名1 柄を記載してくだ。	、重篤な副反応 しますか。 しています。 されることに 人の意思を確認し、 がき代筆記名し、右	接種を(ネ 本人署名 ※ 代筆者名前	・望します * どちらか * 必須(代理人	・ 希望し を○で囲む による仕事を 続ね	。 。 名の場合も含	代筆者が対象者の4 前を記入 代筆者が代筆者自
医師の診察・説の の可能性などに このことを理解 可意します。 ※本人の意思に反す。 様人の意思に反す 関に代筆者の名前 フクチン名 Lot No.	明を受け、予防: ついて理解した。 予防接種の安全。 の上、この予診 きない場合は、家 する事なく、本人 前及び本人との続	接種の効果や目的 上で、接種を目の 性の確保を目のと 票が福山市に提出 族等の代筆者が本。 署名欄に 本人の名 柄を記載してくだ。 接種量 筋肉内接種	、重篤な副反応 しますか。 しています。 されることに 人の意思を確認し、 がき代筆記名し、右 い。	接種を(ネ 本人署名 ※ 代筆者名前	・望します * どちらか * 必須(代理人	・ 希望し を○で囲む による仕事を 続ね	。 。 名の場合も含	代筆者が <u>対象者の名</u> 前を記入 代筆者が代筆者自 身の名前を記入。
新型コロナウィ 医師の診察・説の可能性などにこの予診票は、このことを理解についます。 ※本人が署名できます。 ※本人の意思に反す関に代筆者の名前フクチン名	明を受け、予防: ついて理解した。 予防接種の安全。 の上、この予診 きない場合は、家 する事なく、本人 前及び本人との続	接種の効果や目的 上で、接種を希望 性の確保を目的と 票が福山市に提出 族等の代筆者が本。 署名欄に本人の名前 柄を記載してくだ。 接種量	、重篤な副反応 しますか。 しています。 されることに 人の意思を確認し、 大の意思を確認し、右 さい。 り 実施医療機関名	接種を(ネ 本人署名 ※ 代筆者名前	・望します * どちらか * 必須(代理人	・ 希望し を○で囲む による仕事を 続ね 相牛力・日 月	。 。 名の場合も含	代筆者が対象者の名前を記入 代筆者が代筆者自身の名前を記入。また、対象者からみたが等者の結構を

接種後に医療機関で記入。 なお、ワクチン名・Lot No.については、 シールの貼付可