

[illegible]

※記入に際しては、黒のボールペンをご使用ください。

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、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。 **被接種者又は保護者自署〔 〕**  
 このことを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。 **（※被接種者が16歳未満の場合は、保護者自署）**

| 使用ワクチン名                                | 接種量                                                                                   | 実施場所・医師名・接種年月日                                                                        |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| ワクチン名<br>Lot No.<br>(注)有効期限が切れていないか要確認 | (皮下接種)<br><input type="checkbox"/> 3歳未満 0.25mL<br><input type="checkbox"/> 3歳以上 0.5mL | 実施場所<br>医師名<br>接種年月日 <div>             年             月             日           </div> |

※健康被害が生じた場合は、宝塚市立健康センター（０７９７－８６－００５６）までご連絡ください。