

RSウイルスワクチン[アブリスボ] 接種申込書・予診票

※接種希望の方は、太枠内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。
※接種を受ける人が記入できない場合は、健康状態をよく把握している代筆者の方がご記入
ください。

住所	TEL () -			
フリガナ 接種を受ける人の氏名	生年 月日	西暦	年	月 日生 (満 歳)

接種を受ける人
又は
代筆者記入欄

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、
本ワクチンの接種を希望しますか。どちらかを○で囲んでください。

(接種を希望します・接種を希望しません)

年月日

本人又は代筆者の署名()

続柄()

(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

使用ワクチン	接種方法	実施場所・医師名・接種年月日
Lot. No.	筋肉内注射 0.5 mL 接種部位を○で囲む 左・右 上腕三角筋	実施場所 医師名 接種年月日