

広域予防接種予診票点検項目

《参考3》

2014.4.1

1. 住民票の住所と市町村名の一致
2. 接種回数 記載(有・無)
3. 体温 記載(有・無)
4. 住民票の住所 記載(有・無)
5. 受ける人の氏名 記載(有・無)
6. 性別 記載(有・無)
7. 生年月日 記載(有・無)
8. 予防接種法施行令に基づいた対象年齢 確認
9. 医師署名または記名押印 記載(有・無)
10. 保護者自署 記載(有・無)
11. 指定医療機関名称 記載(有・無)
12. 指定医療機関所在地 記載(有・無)
13. 指定医療機関接種医氏名 記載(有・無)
14. 接種年月日 記載(有・無)