

# 令和7年度港区高齢者インフルエンザ予防接種実施の手引き

## 1 目的

高齢者区民におけるインフルエンザ感染症の発病や重症化の防止を目的とします。

## 2 実施方法

港区と一般社団法人東京都港区医師会との委託契約により実施します。

定期予防接種B類疾病に該当しますので港区及び他の22区が協定を結んで実施します。  
また、他区（22区）民が接種を希望する場合がありますので対象者等を確認の上、受け入れていただきますようお願いいたします。

## 3 対象者

（1）接種時点で65歳以上の人（昭和36年1月1日までに生まれた人）

**※実施期間中に65歳になる64歳の人にも郵送しますので、必ず接種日当日、65歳以上であることの確認をお願いします。（65歳の誕生日の前日から接種可能です。）**

（2）接種時点で60歳以上65歳未満の人（昭和35年10月3日から昭和41年1月1日生まれ）で、心臓・じん臓・呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害のいずれかの障害等級が1級の身体障害者手帳を所持している人

**※該当する人に予防接種予診票等を郵送します。3対象者（1）と同様に必ず接種日当日、60歳以上であることの確認をお願いします。（60歳の誕生日の前日から接種可能です。）**

## 4 予防接種の実施期間および時間

（1）期 間 令和7年10月1日（水）から令和8年1月31日（土）まで

（2）時 間 各実施医療機関の診療時間

**※接種期間の終了日が新型コロナワクチンと異なりますのでご注意ください。**

## 5 予防接種実施場所

令和7年度港区高齢者インフルエンザ予防接種実施医療機関

## 6 周知方法

港区は、対象者にお知らせ、実施医療機関名簿、予診票を9月末頃に郵送で個別通知します。また、広報みなと9月15日号にも掲載します。

## 7 予防接種予診票について

(1) 23 区の予診票の枠の色は、「みずいろ」で、港区では3枚複写です。1枚目は請求用、2枚目は医療機関控、3枚目は本人控で接種済証となります。3枚目の本人控は接種後、被接種者へお渡しください。

※港区では今年度から該当年度の数字を透かし文字で印刷しています。**必ず、「7」の透かし文字表記のある予診票を使用してください。(別添予診票見本参照)**

(2) 対象の接種希望者が接種当日に予診票を持参していない場合は、区の助成を受けることができませんので、予約受付時等にご案内ください。紛失・未着等の場合にはみなと保健所へ連絡をして、予診票を受領してから接種をするようにお伝えください。

なお、**接種後に予診票を再発行することはできませんので、ご注意ください。**

(3) 予診票は、鉛筆や消せるボールペンで記入しないよう接種者にご案内ください(予診票にも注意書きを記載しました)。予診票を記入して医療機関に来院された場合は、鉛筆や消せるボールペンを使っていないか確認をお願いします。

(4) 接種を見合わせたときは、予診票は被接種者にお返しください。また、次回接種するときに、使用できる旨をお伝えください。

## 8 予防接種方法

定期予防接種は、期間中に1回のみです。被接種者は医療機関名簿の医療機関に「高齢者インフルエンザ予防接種予診票」を持参して接種を受けます。接種方法については、「B類疾病予防接種ガイドライン」及び「定期接種実施要領」に沿って実施してください。

## 9 被接種者の自己負担について

(1) **港区民は、全額公費負担による無料接種**となりますので、窓口で徴収する自己負担金はありません(港区発行予診票右上に「無料」と表記)。

(2) **他区(22区)民は、予防接種予診票に「無料」、「免除」などの表示がない場合は、被接種者の自己負担金として2,500円を医療機関の窓口で徴収します。**

※**他区市町村、東京都下市町村にお住まいの人は、原則、公費負担のない任意接種(自費)**となります。23区外にお住まいの市町村が発行した予診票を持参しても使用できません。

## 10 委託料単価(事業終了後、区から委託料としてお支払いする金額)

委託料単価は、各医療機関宛に9月10日に郵送いたしました、「令和7年度港区高齢者インフルエンザ予防接種実施の手引き」又は「実施報告書兼請求書」をご確認ください。

## 11 事務手続き

- (1) 予防接種期間終了後、予診票の「請求用」をとりまとめ、「予防接種事業実施報告書兼請求書」を添えて、令和8年2月6日(金)までに港区医師会事務局へ提出してください。
- (2) 港区医師会事務局は、(1)の内容を確認の上、港区へ予診票の「請求用」を提出すると同時に委託料の請求をします。
- (3) 港区は、提出された請求用予診票等を確認・点検し、令和7年4月下旬(予定)に各医療機関へ委託料をお支払いします。

## 12 請求時の注意事項

- (1) 予診票の各項目は、健康被害補償の審査時に必要な情報ですので、ロットナンバーや、接種日、医師署名又は記名押印、被接種者の署名、代筆の場合は被接種者及び代筆者の署名など、記入漏れのないようお願いします(別紙「予診票確認時の注意事項について(点検マニュアル)」をご参照ください)。ロットナンバーは誤記を防ぐため、ロットシールを貼付していただきますようお願いします。
- (2) 下記の場合は、委託料の支払いができませんのでご注意ください。
  - ・接種期間(令和7年10月1日から令和8年1月31日)以外の接種
  - ・接種日現在、65歳未満(障害者区分の対象者については60歳未満)での接種  
※該当者は予診票に有効期限を記載していますので必ず確認してください。
  - ・有効期限が切れているワクチンの接種
  - ・予診票「請求用」での提出がない場合
  - ・旧年度の予診票を使用しての接種
  - ・その他、定期予防接種の規定を守らない接種



高齢者  
インフルエンザHP  
区民向け

【問合せ】 みなと保健所 保健予防課保健予防係  
電話 03-6400-0081 担当 後藤・高木

# 高齢者インフルエンザ予診票 見 本 3枚1組

※鉛筆、消せるボールペンは使えません。

1 枚目 請求用  
委託料の請求時に提出します。

2 枚目 医療機関控用  
医療機関の控です。医療機関で保管してください。

3 枚目 本人控用  
接種者へ渡してください。

令和7年度 高齢者インフルエンザ予防接種予診票 (請求用) 港区

無 効

令和8年1月31日 から

※記入時に貼付した場合は、この予診票は無効となります。

受ける人の名前

生年月日 (満 歳) 性別

注意：予診票の記入には、鉛筆や消せるボールペンは使わないでください。(注) 印は医療機関で使えます。※印は医師の記入欄です。

下の太枠内の質問項目に必要事項を記入し、医師のどちらかに○をつけてください。

| 質問事項                                                                                             | 医師の診察    | 回答       | ※医師記入欄   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|
| 1 インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。<br>①その年に受けたことがありますか。<br>②インフルエンザ以外の予防接種の際に受けたことがありますか。               | はい<br>はい | はい<br>はい | はい<br>はい |
| 2 今日受けるインフルエンザの予防接種について、区からのお知らせを読みましたか。                                                         | はい       | はい       | はい       |
| 3 今日の予防接種の効果や副作用などについて理解しましたか。                                                                   | はい       | はい       | はい       |
| 4 今日、体に具合の悪いところがありますか。<br>具合の悪い症状を書いてください。( )                                                    | はい       | はい       | はい       |
| 5 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。<br>病名 ( )                                                         | はい       | はい       | はい       |
| 6 心臓病、腎臓病、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。<br>病名 ( )<br>そ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いわれましたか。      | はい       | はい       | はい       |
| 7 現在、ほかに何か病気にかかっていますか。病名 ( )<br>治療(ステロイド剤やその他の投薬など)を受けていますか。<br>その病気の主治医は、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。 | はい       | はい       | はい       |
| 8 免疫不全と診断されたことがありますか。                                                                            | はい       | はい       | はい       |
| 9 ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。                                                                       | はい       | はい       | はい       |
| 10 薬や食品(特に鶏卵・魚卵)で、皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。                                            | はい       | はい       | はい       |
| 11 1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種名( ) 接種日 / /                                                            | はい       | はい       | はい       |
| 12 今日の予防接種について質問がありますか。                                                                          | はい       | はい       | はい       |

令和7年度 高齢者インフルエンザ予防接種予診票 (医療機関控) 港区

無 効

令和8年1月31日 から

※記入時に貼付した場合は、この予診票は無効となります。

受ける人の名前

生年月日 (満 歳) 性別

注意：予診票の記入には、鉛筆や消せるボールペンは使わないでください。(注) 印は医療機関で使えます。※印は医師の記入欄です。

下の太枠内の質問項目に必要事項を記入し、医師のどちらかに○をつけてください。

| 質問事項                                                                                             | 医師の診察    | 回答       | ※医師記入欄   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|
| 1 インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。<br>①その年に受けたことがありますか。<br>②インフルエンザ以外の予防接種の際に受けたことがありますか。               | はい<br>はい | はい<br>はい | はい<br>はい |
| 2 今日受けるインフルエンザの予防接種について、区からのお知らせを読みましたか。                                                         | はい       | はい       | はい       |
| 3 今日の予防接種の効果や副作用などについて理解しましたか。                                                                   | はい       | はい       | はい       |
| 4 今日、体に具合の悪いところがありますか。<br>具合の悪い症状を書いてください。( )                                                    | はい       | はい       | はい       |
| 5 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。<br>病名 ( )                                                         | はい       | はい       | はい       |
| 6 心臓病、腎臓病、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。<br>病名 ( )<br>そ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いわれましたか。      | はい       | はい       | はい       |
| 7 現在、ほかに何か病気にかかっていますか。病名 ( )<br>治療(ステロイド剤やその他の投薬など)を受けていますか。<br>その病気の主治医は、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。 | はい       | はい       | はい       |
| 8 免疫不全と診断されたことがありますか。                                                                            | はい       | はい       | はい       |
| 9 ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。                                                                       | はい       | はい       | はい       |
| 10 薬や食品(特に鶏卵・魚卵)で、皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。                                            | はい       | はい       | はい       |
| 11 1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種名( ) 接種日 / /                                                            | はい       | はい       | はい       |
| 12 今日の予防接種について質問がありますか。                                                                          | はい       | はい       | はい       |

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 ( ) 実施できる ( ) 見合わせ本人に対して、予防接種の効果、副作用及び予防接種健康被害救済制度について、説明をします。  
医師署名又は記名押印

インフルエンザ予防接種希望書(必ず医師の診察の結果、接種が可能と判断され医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副作用について理解した上で、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、本予防接種予診票が区に提出されることに同意します。

(西暦) 年 月 日 接種者署名  
代筆者氏名  
(自署できない方は代筆者が接種者名を記載)

| 使用ワクチン  | 接種量    | 実施場所          |
|---------|--------|---------------|
| Lot No. | 0.5 ml | 実施機関名・住所・電話番号 |
|         | 接種部位   | 接種医師名         |
|         | 左・右    | 接種年月日 (西暦)    |

(注) 有効期限が切れていないか要確認

令和7年度 高齢者インフルエンザ予防接種(接種済証) (本人控) 港区

無 効

令和8年1月31日 から

※記入時に貼付した場合は、この予診票は無効となります。

受ける人の名前

生年月日 (満 歳) 性別

注意：予診票の記入には、鉛筆や消せるボールペンは使わないでください。(注) 印は医療機関で使えます。※印は医師の記入欄です。

下の太枠内の質問項目に必要事項を記入し、医師のどちらかに○をつけてください。

| 質問事項                                                                                             | 医師の診察    | 回答       | ※医師記入欄   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|
| 1 インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。<br>①その年に受けたことがありますか。<br>②インフルエンザ以外の予防接種の際に受けたことがありますか。               | はい<br>はい | はい<br>はい | はい<br>はい |
| 2 今日受けるインフルエンザの予防接種について、区からのお知らせを読みましたか。                                                         | はい       | はい       | はい       |
| 3 今日の予防接種の効果や副作用などについて理解しましたか。                                                                   | はい       | はい       | はい       |
| 4 今日、体に具合の悪いところがありますか。<br>具合の悪い症状を書いてください。( )                                                    | はい       | はい       | はい       |
| 5 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。<br>病名 ( )                                                         | はい       | はい       | はい       |
| 6 心臓病、腎臓病、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。<br>病名 ( )<br>そ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いわれましたか。      | はい       | はい       | はい       |
| 7 現在、ほかに何か病気にかかっていますか。病名 ( )<br>治療(ステロイド剤やその他の投薬など)を受けていますか。<br>その病気の主治医は、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。 | はい       | はい       | はい       |
| 8 免疫不全と診断されたことがありますか。                                                                            | はい       | はい       | はい       |
| 9 ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。                                                                       | はい       | はい       | はい       |
| 10 薬や食品(特に鶏卵・魚卵)で、皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。                                            | はい       | はい       | はい       |
| 11 1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種名( ) 接種日 / /                                                            | はい       | はい       | はい       |
| 12 今日の予防接種について質問がありますか。                                                                          | はい       | はい       | はい       |

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 ( ) 実施できる ( ) 見合わせたほうがよい ( ) と判断します。  
本人に対して、予防接種の効果、副作用及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

インフルエンザ予防接種希望書(必ず医師の診察の結果、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、予防接種の効果や副作用について理解した上で、接種を希望します。  
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、本予防接種予診票が区に提出されることに同意します。

(西暦) 年 月 日 接種者署名  
代筆者氏名  
(自署できない方は代筆者が接種者名を記載し、代筆者氏名及び接種者名との関係性を記載)

| 使用ワクチン  | 接種量    | 実施場所          |
|---------|--------|---------------|
| Lot No. | 0.5 ml | 実施機関名・住所・電話番号 |
|         | 接種部位   | 接種医師名         |
|         | 左・右    | 接種年月日 (西暦)    |

(注) 有効期限が切れていないか要確認

# 予診票英語翻訳サンプル

外国人の方には翻訳サンプルを同封して送付しています。請求用として使用はできません。

| 176                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 2025 Influenza Pre-Vaccination Check Sheet for Senior Citizens                                                                                                                                                                                                  |  | Minato City                                                         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|
| Name                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | <b>SAMPLE : Not for fill in.</b><br><b>*The following questionnaire is a translation of the official Japanese form of Pre-Vaccination Screening Sheet for Influenza Vaccination. Please submit the Japanese form by referring to the following translation.</b> |  | Free of charge                                                      |  |
| Address                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | From (start date)                                                   |  |
| [Customer code]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | to (end date)                                                       |  |
| Name of person receiving vaccination                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | [Barcode for personal number]<br>[Personal number]                  |  |
| Date of birth (      years old)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Gender                                                                                                                                                                                                                                                          |  | [Barcode for vaccination code, etc.]<br>[Vaccination code, etc.]    |  |
| Note: Your temperature will be measured at the medical institution. Fields to be entered by the doctor are marked with *.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                     |  |
| Enter the necessary items in the section below outlined in bold, and circle one of the options in each answer field.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Body temperature before examination                                                                                                                                                                                                                             |  | °C                                                                  |  |
| Question                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Answer field                                                                                                                                                                                                                                                    |  | * To be entered by the doctor                                       |  |
| 1 Have you ever received an influenza vaccination before?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | No Yes                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                     |  |
| (1) Have you ever felt ill after receiving an influenza vaccination?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Yes No                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                     |  |
| (2) Have you ever felt ill after receiving a vaccination other than an influenza vaccination?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Yes No                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                     |  |
| 2 Have you read the notice from Minato City about the influenza vaccination you will receive today?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | No Yes                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                     |  |
| 3 Do you understand the effect and side-effects of the vaccination you will receive today?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | No Yes                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                     |  |
| 4 Do you feel ill in any way today?<br>If you feel ill, please state your symptoms here. (      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Yes No                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                     |  |
| 5 In the past month, have you experienced a fever or developed any illness?<br>Name of illness: (      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Yes No                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                     |  |
| 6 Do you have any chronic illnesses such as heart disease, kidney disease, liver disease or blood disease?<br>Name of illness (      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Yes No                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                     |  |
| Have you been told by the doctor treating you for this illness that you can receive the vaccination today?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Yes No                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                     |  |
| 7 Do you currently have any other illnesses? Name of illness (      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Yes No                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                     |  |
| Are you receiving any treatment (such as steroids or other drugs)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Yes No                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                     |  |
| Have you been told by the doctor treating you for this illness that you can receive the vaccination today?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Yes No                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                     |  |
| 8 Have you been diagnosed with immune deficiency?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Yes No                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                     |  |
| 9 Have you ever experienced convulsions?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Yes No                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                     |  |
| 10 Have you ever developed skin rashes or hives, or become ill, due to drugs or food products (chicken eggs, poultry (chicken))?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Yes No                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                     |  |
| 11 Have you received any vaccinations in the past month? Name of vaccination (      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Yes No                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                     |  |
| 12 Do you have any questions about the vaccination today?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Yes No                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                     |  |
| <b>To be entered by the doctor*</b><br>As a result of the above interview and an examination, I have determined that today, a vaccination (      ) can be performed / should be deferred).<br>I have explained the effects and side-effects of treatment, and the relief system for harm to health from vaccinations, to the person receiving the vaccination.<br>Doctor's signature or seal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                     |  |
| <b>Request form for influenza vaccination (Please fill out this section only after the doctor has assessed that you can receive a vaccination based on the results of an examination.)</b><br>I wish to receive a vaccination. I have received an examination and explanation from the doctor, and I understand the effects and side-effects of the vaccination.<br>The purpose of this pre-vaccination check sheet is to ensure the safety of vaccinations.<br>I understand this, and consent to this pre-vaccination check sheet and vaccination record being submitted to the Minato City Office.<br>Date:      /      /<br>Signature of person receiving vaccination<br>Signature of representative Relationship<br>(If the person receiving the vaccination is unable to sign, the representative should sign, and the name of the representative and the relationship between the representative and the person receiving the vaccination should be provided) |  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                     |  |
| Vaccine used                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Dose of vaccine                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Place of vaccination/name of vaccinating doctor/date of vaccination |  |
| Lot No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 0.5 ml                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Place of vaccination                                                |  |
| <b>※注意 本予診票を用いて請求を行うことはできません。日本語の予診票に転記の上、請求を行ってください。</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                     |  |
| Note: Check that it has not passed the expiry date                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Date of vaccination      /      /                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                     |  |