様式第２号（第６条関係）

# 医師による意見書

年　　月　　日

津山市長　　様

下記の者は、疾病の治療により、接種を受けた定期予防接種の予防効果が期待できないため、再度の予防接種が必要であることを証明します。

なお、再接種の必要性及び副作用については、十分に説明しています。

記

<table>
<tr><td rowspan="3">被接種者</td><td>フリガナ<br>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　　月　　日（満　　歳）</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td>津山市</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">接種を受けた定期予防接種の予防効果が期待できない原因となった疾病名及び治療内容</td><td>疾病名：</td></tr>
<tr><td>治療内容：</td></tr>
<tr><td>治療期間：　　年　　月　　日～　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">再接種が必要な予防接種の種類及び回数</td><td>□Ｂ型肝炎（　　回）<br>□ヒブ（　　回）<br>□小児用肺炎球菌（　　回）<br>□四種混合（　　回）<br>□二種混合（　　回）<br>□ＭＲ混合（　　回）<br>□水痘（　　回）<br>□日本脳炎（　　回）<br>□子宮頸がん（　　回）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">医療機関</td><td>名　　称</td><td></td></tr>
<tr><td>所 在 地</td><td>☎（　　）　　－</td></tr>
<tr><td>医 師 名<br>(署名又は記名押印)</td><td></td></tr>
</table>