

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

被 接 種 者	フリガナ 氏 名	
	生年月日	年 月 日（満 歳）
	住 所	津山市
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	疾病名：	
	治療内容：	
	治療期間：	年 月 日～ 年 月 日
再接種が必要な予防接種の 種類及び回数	<input type="checkbox"/> B型肝炎（ 回） <input type="checkbox"/> ヒブ（ 回） <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌（ 回） <input type="checkbox"/> 五種混合（ 回） <input type="checkbox"/> 四種混合（ 回） <input type="checkbox"/> 二種混合（ 回） <input type="checkbox"/> MR混合（ 回） <input type="checkbox"/> 水痘（ 回） <input type="checkbox"/> 日本脳炎（ 回） <input type="checkbox"/> 子宮頸がん（ 回）	
医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	〒（ ） -
	医 師 名 (署名又は記名押印)	