

医 師 意 見 書

(宛先)輪島市長

下記の者は、疾病の治療により接種済みの予防接種の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。

記

フリガナ		
氏名・性別	男 ・ 女	
生年月日・年齢	年 月 日	(才 か月)
住 所	輪島市	
接種済みの予防接種の効果が期待できない原因となった疾病名と治療内容	疾病名	
	治療内容	
上記疾患の治療期間	年 月 日	～ 年 月 日
再接種が必要な予防接種の種類と回数	<input type="checkbox"/> ロタウイルス (回)	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん (回)
	<input type="checkbox"/> B 型肝炎 (回)	<input type="checkbox"/> 水 痘 (回)
	<input type="checkbox"/> ヒ ブ (回)	<input type="checkbox"/> 日本脳炎 (回)
	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 (回)	<input type="checkbox"/> 2 種混合
	<input type="checkbox"/> 4 種混合 (回)	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん (回)
	<input type="checkbox"/> BCG	

年 月 日

医療機関名
所在地
電話番号
医師名

印