

佐久穂町町長
佐々木 勝 殿

長期療養者の定期予防接種実施に関する主治医意見書

【保護者記入欄】

被 接 種 者	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)
	保護者名	
	住所	
	生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)

長期療養等の特別な事情により定期接種を受けることができなかった上記の者について、定期接種を実施できる状況にあると判断しますので、以下のとおり意見書を提出します。

予防接種ができなかった状況(疾病名等特別な事情の内容) *疾病名等を記入いただき、該当する理由の□にチェックをお願いします(複数可能)。	疾病名等 【 】 <input type="checkbox"/> 免疫機能に支障を生じさせる重篤な疾病または治療 <input type="checkbox"/> 臓器移植 (具体的:) <input type="checkbox"/> その他の医学的な理由(具体的に:)	
予防接種が可能となった日	(意見書作成日と違う場合のみ記入) 年 月 日	
接種可能なワクチン *該当するものに○をお願いします。	【生ワクチン】 <ul style="list-style-type: none">・ BCG(4歳まで)・ 麻しん風しん混合・ 麻しん単独・ 風しん単独・ 水痘	【不活化ワクチン】 <ul style="list-style-type: none">・ 4種混合(DPT-IPV)(15歳まで)・ 2種混合(DT) ・ 日本脳炎・ 3種混合(DPT) ・ ポリオ(IPV)・ ヒブ(10歳まで) ・ B型肝炎・ 小児用肺炎球菌(10歳まで)・ 子宮頸がん予防
その他接種にあたり注意すべきことがあればご記入ください。		

平成 年 月 日

所在地

医療機関名

担当医師名

(署名または押印)