

主治医意見書

河南町長 宛

下記の者は、疾病の治療により、既に接種した定期予防接種の免疫が消失したため、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	
被接種者氏名	
生年月日・年齢	年 月 日生（ 歳 か月）
住 所	河南町
再接種が必要となった 疾病名と治療内容	疾病名
	治療内容
上記疾病の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日
疾病から回復し、 接種可能となった日	年 月 日
再接種が必要な予防接種の 種類と回数	<input type="checkbox"/> ヒブ（ 回） <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌（ 回） <input type="checkbox"/> B型肝炎（ 回） <input type="checkbox"/> 麻しん（ 回） <input type="checkbox"/> 風しん（ 回） <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（MR）（ 回） <input type="checkbox"/> ジフテリア百日せき破傷風混合（DPT）（ 回） <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ（IPV）（ 回） <input type="checkbox"/> ジフテリア百日せき破傷風不活化ポリオ混合（DPT-IPV/四種混合）（ 回） <input type="checkbox"/> ジフテリア破傷風混合（DT） <input type="checkbox"/> 日本脳炎（1期 回、2期 回、 経過措置 回） <input type="checkbox"/> 子宮頸がん（ 回） <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 水痘（ 回）

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

印