様式第３号（第５関係）

意見書

東久留米市長　殿

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 |  | |
| 被 接 種 者 氏 名 |  | |
| 生年月日・年齢 | 年　　月　　日生 （　　歳　　か月） | |
| 住　　　所 | 東久留米市 | |
| |  | | --- | | 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 | |
| 上記疾病の治療期間 | 年　　　月　　　日　～ | |
| 再接種が必要な予防接種の種類と回数 | □　ＢＣＧ | □　ヒブ（　　回） |
| □　小児用肺炎球菌（　　回） |  |
| □　四種混合（　　回） | □　五種混合（　　回） |
| □　二種混合（　　回） | □　三種混合（　　回） |
| □　不活化ポリオ（　　回） | □　Ｂ型肝炎（　　回） |
| □　麻しん風しん（ＭＲ）（　　回） | |
| □　麻しん（　　回） | □　風しん（　　回） |
| □　水痘（　　回） | □　日本脳炎（　　回） |
| □　子宮頸がん予防（　　回）  □　ロタウイルス  （□ロタテック（　回）　□ロタリックス（　回）） | |

年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 医師名 | ㊞ |