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 | 　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |