

意見書

習志野市長 宛て

下記の者は、疾病の治療により接種済み定期接種の予防効果が期待できないため、予防接種の再接種が必要であることを証明します。

なお、再接種の必要性及び副反応、健康被害が生じた場合の救済制度(PMDA)については十分に説明しています。

記

被 接 種 者	氏名	フリガナ	性別
			男・女
	生年月日	年 月 日生 (満 歳 カ月)	
	住所	習志野市	
接種済みの定期接種の予防効果が期待できないと判断する理由	疾病名		
	治療内容		
上記疾病の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
再接種する予防接種の種類	<p>◆接種をする予防接種に☑を入れ回数を御記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/> B型肝炎 (回) ※平成28年4月1日生まれ以降の人</p> <p><input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 (回) ※6歳未満まで</p> <p><input type="checkbox"/> 5種混合 (回) ※15歳未満まで</p> <p><input type="checkbox"/> ポリオ (回)</p> <p><input type="checkbox"/> BCG ※4歳未満まで</p> <p><input type="checkbox"/> 麻しん風しん(MR) (回)</p> <p><input type="checkbox"/> 水痘 (回) ※H26年10月1日から定期接種開始</p> <p><input type="checkbox"/> 日本脳炎 (回)</p> <p><input type="checkbox"/> DT</p> <p><input type="checkbox"/> HPV (回)</p> <p><input type="checkbox"/> DPT (回)</p> <p><input type="checkbox"/> Hib (回) ※10歳未満まで</p>		

年 月 日

医療機関名
所在地
電話番号
医師氏名

印