

長期療養を必要とする疾病にかかった者等の 定期予防接種に関する主治医意見書

下記の内容は長期にわたり療養を必要とする疾病により、当院で加療していましたが、病状が快復したため、次の予防接種の実施については特に支障がないものと判断します。

また、この意見書の記載内容について接種医に情報提供することに同意します。

なお、接種にあたっては、下記疾病以外は、一般接種予定者同様に接種時の予診において接種の可否を判断していただきますよう申し添えます。

フリガナ		性別	男 ・ 女
被接種者		生年 月日	年 月 日
住所			
疾病名	(疾病名を別表で確認)		
疾病分類 (あてはまる項目にチェックしてください) <input type="checkbox"/> ① 先天性免疫不全症その他の機能に異常を生じさせる疾病 <input type="checkbox"/> ② 白血病その他の免疫の機能の抑制を生じさせる治療が必要な疾病 <input type="checkbox"/> ③ ①及び②と同等に予防接種を受けることが適当でないと認められる疾病			
やむを得ず定期予防接種が受けられなかった特別な理由		左記の特別な理由が生じた日 年 月 日	
定期予防接種の接種が可能となった日		年 月 日から	
接種可能なワクチンの種類 (今回定期接種を希望するワクチンにチェックしてください)			
【生ワクチン】 <input type="checkbox"/> BCG (4歳未満まで) <input type="checkbox"/> 麻しん風しんMR 混合 <input type="checkbox"/> 麻しん単独 <input type="checkbox"/> 風しん単独 <input type="checkbox"/> 水痘	【不活化ワクチン】 <input type="checkbox"/> 4種混合 (15歳未満まで) <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 2種混合 <input type="checkbox"/> 単独不活化ポリオ <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌(6歳未満まで) <input type="checkbox"/> ヒブ (10歳未満まで) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌 (接種可能日から1年経過するまで)		
接種にあたっての注意事項			

年 月 日

(あて先) 那覇市長

医療機関名

所在地

担当医氏名

印

電話番号

()