

意見書

年 月 日

医療機関の所在地及び名称  
電話番号  
医師氏名

印

患者氏名	性別 男・女 (保護者氏名 )
患者住所	電話番号
生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)

疾病名
紹介目的 (予防接種を見合わせた理由等)
既往歴及び家族歴
過去の予防接種歴 (該当する予防接種の□にレ印を付け、時期を○で囲むこと) <input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症 [ 1価・5価 ] ( 1回目・2回目・3回目 ) <input type="checkbox"/> B型肝炎 ( 1回目・2回目・3回目 ) <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症 [ 初回接種 ( 1回目・2回目・3回目 ) 追加接種 ] <input type="checkbox"/> Hib感染症 [ 初回接種 ( 1回目・2回目・3回目 ) 追加接種 ] <input type="checkbox"/> 五種混合 [ 第1期初回接種 ( 1回目・2回目・3回目 ) 追加接種 ] <input type="checkbox"/> 四種混合 [ 第1期初回接種 ( 1回目・2回目・3回目 ) 追加接種 ] <input type="checkbox"/> 三種混合 [ 第1期初回接種 ( 1回目・2回目・3回目 ) 追加接種 ・ 第2期 ] <input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎 [ 初回 ( 1回目・2回目・3回目 ) 追加接種 ] <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン [ 第1期・第2期 ] <input type="checkbox"/> 麻しん [ 1期・2期 ] <input type="checkbox"/> 風しん [ 1期・2期 ] <input type="checkbox"/> 水痘 ( 1回目・2回目 ) <input type="checkbox"/> おたふく風邪 (                      ) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 [ 第1期初回接種 ( 1回目・2回目 ) 追加接種 ・ 第2期 ] <input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症 [ 2価・4価・9ka ] ( 1回目・2回目・3回目 ) <input type="checkbox"/> その他の予防接種 (                      )
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備考

備考 1 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。  
2 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。  
3 紹介元が医療機関以外である場合は、紹介元医療機関等名の欄に紹介元薬局、市町、保健所名等を記入すること。  
かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。