

意見書

平成 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	(保護者氏名)
患者住所		電話番号
生年月日	昭和・平成	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"/> ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> I期 [初回接種 (1回目・2回目・3回目) 追加接種] <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> ポリオ (1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (I期・II期) <input type="checkbox"/> 麻しん (I期・II期) <input type="checkbox"/> 風しん (I期・II期) <input type="checkbox"/> 水痘 (1回目・2回目) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 第I期 [初回接種 (1回目・2回目) 追加接種] <input type="checkbox"/> 第II期 <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、市町村、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。