

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）

- ☐ ロタウイルス感染症〔 1 価・5 価 〕 (1 回目・2 回目・3 回目)
☐ B 型肝炎 (1 回目・2 回目・3 回目)
☐ 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 〕
☐ Hib 感染症〔 初回接種 (1 回目・2 回目・3 回目) 追加接種 〕
☐ 五種混合〔 第 1 期初回接種 (1 回目・2 回目・3 回目) 追加接種 〕
☐ 四種混合〔 第 1 期初回接種 (1 回目・2 回目・3 回目) 追加接種 〕
☐ 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 〕
☐ 急性灰白髄炎〔 初回 (1 回目・2 回目・3 回目) 追加接種 〕
☐ BCG
☐ 麻しん風しん混合ワクチン〔 第 1 期・第 2 期 〕
☐ 麻しん〔 1 期・2 期 〕 ☐ 風しん〔 1 期・2 期 〕
☐ 水痘 (1 回目・2 回目) ☐ おたふく風邪 ()
☐ 日本脳炎〔 第 1 期初回接種 (1 回目・2 回目) 追加接種 ・ 第 2 期 〕
☐ 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)
☐ 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。