

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・9 価 〕（ 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。