

年 月 日

再接種に関する理由書

記

フリガナ		生年月日	年 月 日
対象者氏名		性別	☐ 男・ ☐ 女
住 所			
接種済みの定期 予防接種の効果が 期待できないと 判断する理由	(疾病の名称) (治療内容等)		
再接種する予防 接種の種類	ヒブ : 初回 (☐ 1 回目・ ☐ 2 回目・ ☐ 3 回目) ・ ☐ 追加		
	小児用肺炎球菌 : 初回 (☐ 1 回目・ ☐ 2 回目・ ☐ 3 回目) ・ ☐ 追加		
	B型肝炎 : 初回 (☐ 1 回目・ ☐ 2 回目・ ☐ 3 回目)		
	ロタウイルス : ☐ 1 回目・ ☐ 2 回目・ ☐ 3 回目		
	五種混合 : 1 期初回 (☐ 1 回目・ ☐ 2 回目・ ☐ 3 回目) ・ ☐ 追加		
	四種混合 : 1 期初回 (☐ 1 回目・ ☐ 2 回目・ ☐ 3 回目) ・ ☐ 追加		
	二種混合 : ☐ 2 期		
	B C G : ☐ 1 回		
	麻しん・風しん混合 : ☐ 1 期・ ☐ 2 期		
	水痘 : ☐ 1 回目・ ☐ 2 回目		
	日本脳炎 : 1 期初回 (☐ 1 回目・ ☐ 2 回目) ・ ☐ 1 期追加・ ☐ 2 期		
	子宮頸がん : ☐ 1 回目・ ☐ 2 回目・ ☐ 3 回目		
その他 ()			
上記のとおり、予防接種の実施について、意見を提出します。 年 月 日			
名 称			
医療機関	所在地		
医師名			(※)

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。