

様式第3号（第7条関係）

陸沢町特別の理由による任意予防接種費用助成に関する医師の意見書

陸沢町長 様

次の者は、疾病の治療により、接種済みの定期予防接種の効果が期待できないため、再度の予防接種が必要であることを証明します。

なお、再接種の必要性及び副反応については十分に説明し、本人も了承しています。

ふりがな		
被接種者名		
生年月日・年齢	年 月 日生（ 歳 か月）	
住 所	陸沢町	
接種済みの定期予防接種の効果が期待できない原因となった疾病名と治療内容	疾病名	
	治療内容	
上記疾病の治療期間	年 月 日 ～	
再接種が必要な予防接種の種類と回数 ※該当する予防接種に <input checked="" type="checkbox"/> し、回数を○で囲んでください。	<input type="checkbox"/> BCG	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
	<input type="checkbox"/> ヒブ	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
	<input type="checkbox"/> 4種混合	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
	<input type="checkbox"/> 3種混合	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	初回（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"/> 水痘	1回目・2回目
	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん	1期・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"/> 日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期
	<input type="checkbox"/> 2種混合	2期
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防	1回目・2回目・3回目

年 月 日

所 在 地 _____
 医療機関等の名称 _____
 医 師 名 _____
 電 話 番 号 _____