

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) <input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症 [1価・5価] (1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> 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] <input type="checkbox"/> Hib感染症 [初回接種 (1回目・2回目・3回目) 追加接種] <input type="checkbox"/> 四種混合 [第1期初回接種 (1回目・2回目・3回目) 追加接種] <input type="checkbox"/> 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] <input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎 [初回 (1回目・2回目・3回目) 追加接種] <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン [第1期・第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"/> 水痘 (1回目・2回目) <input type="checkbox"/> おたふく風邪 () <input type="checkbox"/> 日本脳炎 [第1期初回接種 (1回目・2回目) 追加接種 ・ 第2期] <input type="checkbox"/> 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) <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、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。