

大鰐町長 殿

特別の理由による任意予防接種に関する意見書

特別の理由により、過去に接種した定期の予防接種の効果が期待できないため、再接種の必要があり、予防接種を実施できる状態と判断しますので、次のとおり意見書を提出します。

被接種者	住 所	大鰐町大字 電話番号（ ）	
	(フリガナ) 氏 名		
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）	
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	(疾病名) (該当理由) (再接種が可能となった日) 年 月 日		
再接種が必要な予防接種の種類及び接種回数等	<input type="checkbox"/> ヒブ (Hib)	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
	<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"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	<input type="checkbox"/> 三種混合 (DPT)	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (IPV)	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	<input type="checkbox"/> BCG		
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期	
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目	
	<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"/> 二種混合 (DT)	2期	
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目	
医療機関所在地 医療機関名 医師名			
備 考			