

(様式1)

インフルエンザ・肺炎球菌感染症予防接種に関する意見書

令和 年 月 日

下記の被接種者は、60歳以上65歳未満で心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能に自己の身の日常生活が極端に制限される程度の障害を有する者又は、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者に当てはまることを証明します。

医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

被接種者名 _____	性別	男・女
現住所 甲賀市 _____	電話番号	_____
生年月日 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	(_____ 歳 _____ か月)	

疾病名

予防接種実施目的（予防接種理由）

症状経過及び検査結果

備考