様式1

意 見 書

別府市長 あて

<table>
<tr><td rowspan="3">被接種者</td><td>氏 名</td><td></td><td>性 別</td><td>男・女</td><td>年 齢</td><td>歳 か月
(年 月 日生)</td></tr>
<tr><td>保護者
氏名</td><td colspan="2"></td><td>電話番号</td><td colspan="2">( ) -</td></tr>
<tr><td>住 所</td><td colspan="5">別府市</td></tr>
<tr><td>接種歴</td><td colspan="6">☐ 接種歴なし
☐ 接種歴あり(過去の接種歴がわかる資料(母子健康手帳等の写)を添付してください。)</td></tr>
<tr><td colspan="7">被接種者が定期の予防接種対象期間中に接種を受けることができなかった理由や現在の健康状態等について、以下に記入をお願いします。</td></tr>
<tr><td>疾病名等</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>定期予防接種を
受けることが
できなかった理由
(経過等)</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>予防接種不適当
要因が生じた日</td><td colspan="2">年 月 日</td><td colspan="2">予防接種不適当
要因が解消された日</td><td colspan="2">年 月 日</td></tr>
<tr><td>現在の
健康状態</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>今回接種した
予防接種の
種類、回数</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>今後の
予防接種計画</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>

上記の理由により、当該者は予防接種法施行令第3条第2項で定める期間中に、予防接種を受けることができる状態ではありませんでした。

医療機関名:
住 所:
電 話 番 号:

主 治 医:_____