様式第2号(第4条関係)

年　　月　　日

（宛先)加賀市長

**主治医意見書**

|  |
| --- |
| 保護者(被接種者が18歳以上の場合は本人)記入欄 |
| 保護者氏名※被接種者が18歳以上の場合は記入不要 |  |
| 住　　　所 | 〒　　　- |
| 被接種者氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日　（満　　　歳　　　か月） |

|  |
| --- |
| 医師記入欄 |
| 上記の者について、小児がん等の治療を受けたことにより、既に受けた定期の予防接種により獲得した免疫が低下し、若しくは消失し、又は定期の予防接種を受けることができなかったことから、予防接種が必要であると認めます。 |
| 疾病名 |  |
| 予防接種不適当要因が生じた日 |  |
| 予防接種不適当要因が解消された日 |  |
| 治療内容 |  |
| 予防接種の種類と回数（例：ヒブ：1回目、2回目　　小児肺炎球菌：1回目、2回目） |  |
| 医療機関所在地 |  |
| 医療機関名 |  |
| 医師名 |  |

※ご記入いただいた内容に対して、加賀市担当課より、個別に医療機関に内容確認を行う場合がありますので、あらかじめご了承ください。