

予防接種理由書（特定疾病に係る予防接種法に基づく）

《R7.3.26版》

《保護者が記入》

被接種者情報	フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日生 (歳 か月)
	氏名				
	住所				
	保護者氏名				

この報告書が、市町村、都道府県及び厚生労働省に報告されることに同意します。

保護者自署

《疾病の治療を実施している医療機関が記入》

医 療 機 関 名		医師名	印
疾 病 の 名 称			
発 症 年 月 日	年 月 日		
定期の予防接種が できなかった理由			
接種可能になった年月日	年 月 日		

《予防接種を実施した医療機関が記入》

医 療 機 関 名			医師名	印
今回接種した 予 防 接 種	予防接種名		接種期・回数	
	接種日	年 月 日	接種時の年齢	歳 か月
今 ま で の 予 防 接 種 履 歴	予防接種名 (接種期・回数)		予防接種名 (接種期・回数)	
	接種日	年 月 日	接種日	年 月 日
	予防接種名 (接種期・回数)		予防接種名 (接種期・回数)	
	接種日	年 月 日	接種日	年 月 日
	予防接種名 (接種期・回数)		予防接種名 (接種期・回数)	
	接種日	年 月 日	接種日	年 月 日
	予防接種名 (接種期・回数)		予防接種名 (接種期・回数)	
	接種日	年 月 日	接種日	年 月 日
今 後 の 予 防 接 種 計 画	予防接種名 (接種期・回数)		予防接種名 (接種期・回数)	
	接種日	年 月 日	接種日	年 月 日
	予防接種名 (接種期・回数)		予防接種名 (接種期・回数)	
	接種日	年 月 日	接種日	年 月 日
	予防接種名 (接種期・回数)		予防接種名 (接種期・回数)	