

予防接種理由書（特定疾病に係る予防接種法に基づく）

《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
	氏名				(歳	か月)
	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 だ 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