

予防接種理由書（特定疾病に係る予防接種法に基づく）

| | | | | | |
|--------------|-------------------|----------|-------------------|----------------|-------------------|
| 被接種者 | フリガナ | | 男・女 | 生年月日 | (年 月 日生 歳 か月) |
| | 氏名 | | | | |
| | 住 所 | 香川県高松市 町 | | | |
| | 保護者氏名 | | | | |
| 疾病の名称等 | 疾病の名称 | | | | |
| | 疾病発症年月日 | | | | |
| | 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 | | | |
| 今回接種した予防接種種類 | 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 | |
| 今後の予防接種の計画 | 予防接種名 (接種期・回数) | | 予防接種名 (接種期・回数) | | |
| | 接種予防時期 | | | 接種予防時期 | |
| | 予防接種名 (接種期・回数) | | 予防接種名 (接種期・回数) | | |
| | 接種予防時期 | | | 接種予防時期 | |
| | 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 | | |
| 医療機関 | 医療機関名 | | | | |
| | 医 師 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 _____