

第3号様式（第6条関係）

判 断 書

（宛先）流山市長

下記の者は、疾病の治療により、接種済みの定期予防接種の効果が期待できない為、再度の予防接種が必要であることを証明します。

記

フリガナ	
被接種者氏名	
生年月日・年齢	年 月 日生（ 歳 か月）
住 所	
接種済みの定期予防接種の効果が期待できない原因となった疾病名と治療内容	疾病名
	治療内容
上記疾病の治療期間	
再接種が必要な予防接種の種類と回数	<input type="checkbox"/> B型肝炎 (回) <input type="checkbox"/> 麻しん風しん(MR) (回)
	<input type="checkbox"/> ヒブ (回) <input type="checkbox"/> 麻しん (回)
	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌 (回) <input type="checkbox"/> 風しん (回)
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (回) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (回)
	<input type="checkbox"/> 三種混合 (回) <input type="checkbox"/> 二種混合 (回)
	<input type="checkbox"/> 四種混合 (回) <input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス
	<input type="checkbox"/> BCG (回) (回)
	<input type="checkbox"/> 水痘 (回)

年 月 日

医療機関所在地

名 称

医 師 名

印