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 | □B型肝炎 （ 　　回）  □ヒブ 　 （　 　回）  □小児の肺炎球菌　（　 　回）  □不活化ポリオ　 （　 　回）  □三種混合 （ 　　回）  □四種混合 （　 　回）  □BCG　 （　 　回）  □水痘　　　　　　（　　 回） | □麻しん風しん（MR）（ 　　回）  □麻しん　 （ 　　回）  □風しん　 （ 　　回）  □日本脳炎 （ 　　回）  □二種混合 （ 　　回）  □ヒトパピローマウイルス  　　　　　 （ 　　回） |

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　医療機関所在地

名　　　　　称

医師名　　　　　　　　　　　　　　　印