

予防接種要注意者紹介制度紹介状

令和 年 月 日

紹介先医療機関等名

科

先生

医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

氏名	
生年月日	年 月 日生 (歳)
【要注意者と判断された理由】※該当するものにチェックしてください。	
<input type="checkbox"/> ア	心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患を有する者
<input type="checkbox"/> イ	予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者
<input type="checkbox"/> ウ	過去にけいれんの既往のある者
<input type="checkbox"/> エ	過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者
<input type="checkbox"/> オ	接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者
<input type="checkbox"/> カ	バイアルのゴム栓に乾燥天然ゴム（ラテックス）が含まれている製剤を使用する際の、ラテックス過敏症のある者
<input type="checkbox"/> キ	結核の予防接種にあつては、過去に結核患者との長期の接触がある者その他の結核感染の疑いのある者
<input type="checkbox"/> ク	ロタウイルス感染症の予防接種にあつては、活動性胃腸疾患や下痢等の胃腸障害のある者
<input type="checkbox"/> ケ	その他 (上記以外の理由)
【現病歴(疾病名等)】	
【既往歴・家族歴】	
【症状・治療経過、現在の処方等】	
【その他連絡事項等】	