

医師意見書(肺炎球菌)

住 所	亀山市			
受ける人の 氏 名		男 女	生 年 月 日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日生 (満 歳 か月)
保護者の 氏 名				

下記一覧より該当疾患欄を○にて選択してください。

該当疾患に○を つけてください。	No.	疾 患
	①	慢性呼吸器疾患
	②	慢性心臓病（高血圧症を含む）
	③	慢性腎臓病
	④	慢性肝臓病
	⑤	糖尿病
	⑥	血液疾患（鉄欠乏性貧血を除く）
	⑦	腫瘍性疾患
	⑧	免疫機能低下疾患および免疫機能低下状態
	⑨	脳血管障害・神経疾患・神経筋疾患
	⑩	染色体異常
	⑪	睡眠時無呼吸症候群
	⑫	身体障害者手帳１～３級
	⑬	その他（ ）

※⑬の場合は（ ）に疾患名をご記入ください。

上記疾患にて、肺炎球菌ワクチンの接種の必要を認める。

住所
医院名
医師名
印
※本人が署名しない場合は、記名押印してください。