

# インフルエンザ予防接種意見書

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

下記一覧より該当疾患を○にて選択してください。

慢性腎疾患：過去1年間を通じて、1度以上クレアチニン値が2 mg/dl 以上になった  
(急性腎不全は対象外)

肝疾患： 慢性活動性肝炎または肝硬変の診断をうけている

呼吸器疾患： 気管支喘息 喘息様気管支炎 過去1年間を通じて、1度以上薬物治療を受けた  
慢性気管支炎 同 上  
肺気腫 同 上  
気管支拡張症 同 上

心疾患： 先天性心疾患で未治療 弁膜症を有する 不整脈で治療中  
心筋梗塞の既往がある 慢性心不全を有する 虚血性心疾患  
心疾患で酸素療法を受けている

糖尿病： インスリン療法を受けている (血糖降下薬は対象外)

腫瘍性疾患： 治療または経過観察中

脳血管障害： 治療または経過観察中

その他： ( )

上記疾患にて、インフルエンザ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。