

高齢者インフルエンザ予防接種意見書

出雲市長様

住所

氏名

生年月日 昭和 年 月 日生

上記の者は、予防接種法関連法令で定めるインフルエンザ予防接種対象者の「60歳以上65歳未満の者であつて、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者」に該当すると認めます。

- 該当する機能障がい
- ①心臓機能障がい
 - ②じん臓機能障がい
 - ③呼吸器機能障がい
 - ④ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障がい

令和 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

医師名

記入例

高齢者インフルエンザ予防接種意見書

出雲市長様

①接種者の、住所・氏名・生年月日を記入してください。

住所 出雲市今市町×☆番地 健康増進アパートA

氏名 出雲 太郎

生年月日 昭和 34年 6月 5日生

上記の者は、予防接種法関連法令で定めるインフルエンザ予防接種対象者の「60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者」に該当すると認めます。

該当する機能障がい

①心臓機能障がい

②じん臓機能障がい

③呼吸器機能障がい

④ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障がい

②医療機関の住所・

医療機関名を

日付を記入してください。

③日付（接種日当日か接種日

令和 4年 10月 15日

以前）・医療機関の住所・

医療機関住所 出雲市今市町70番地

医療機関名・医師名を記入

医療機関名 出雲健康増進医院

してください。

医師名 出雲 花子