

## 理由書

60歳以上65歳未満の方で、一定の心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害があり、インフルエンザの予防接種が必要であると判断しましたので下記のとおり診断し接種します。

|          |  |       |      |                                                  |
|----------|--|-------|------|--------------------------------------------------|
| 氏 名      |  | 男 ・ 女 | 生年月日 | M ・ T ・ S<br>年      月      日 (      歳 )          |
| 住 所      |  |       |      | 電話                      —                      — |
| 診断名      |  |       |      |                                                  |
| 病気の経過・治療 |  |       |      |                                                  |

年      月      日

王 寺 町 長 殿

医療機関名

担 当 医

印