

理 由 書

60歳以上65歳未満の方で、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）による免疫の機能に障害があり、日常生活がほとんど不可能な方であり、带状疱疹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               | T ・ S | 年 | 月 | 日 ( 歳 ) |
| 住所         |       | ( 電話      ー      ) |       |   |   |         |
| 診断名        |       |                    |       |   |   |         |
| 病気の経過 ・ 治療 |       |                    |       |   |   |         |

令和      年      月      日

王 寺 町 長 殿

医療機関名

担 当 医

印