

新型コロナウイルスワクチン接種不可理由書

私は、新型コロナウイルスワクチン接種に対して、医師より以下のとおり不可とされています。

<該当する項目にチェックし、「その他」の場合は理由を記入してください。>

- 重篤な急性疾患にかかっているため、接種できないとされている。
- 心臓、腎臓、肝臓、血液疾患や発育障害などの基礎疾患があり、状態が悪化しているため、接種できないとされている。
- 新型コロナウイルスワクチンの成分などに対して、アレルギーが起こるおそれがあるため、接種できないとされている。
- その他 ()

医療機関名： _____

医師名： _____

医師の確認日： 令和 年 月 日 _____

上記の内容について、間違いありません。

また、不可理由について、上記医師に確認することを了承いたします。

令和 年 月 日

住所： _____

電話番号： _____

氏名（自署）： _____