

서식 1

세포배양 인플루엔자 백신 접종 의뢰서

의료기관	기관명		요양기관기호	
대상자	성명		주민등록번호	
세포배양 독감백신 적응증	<input type="checkbox"/> 계란 아나필락시스 환자 <input type="checkbox"/> 중증 계란 알레르기 환자 (계란 섭취 후 두드러기 외 호흡곤란 혈관부종 반복적인 구토 등 발생) <input type="checkbox"/> 기타증상()			
<p>위의 사유로 상기 환자의 세포배양 백신 접종을 의뢰합니다.</p> <p style="text-align: center;">2021 년 월 일</p> <p style="text-align: right;">담당의사 [인]</p> <p style="text-align: center;">보건소 · 위탁의료기관장 귀하</p>				
유의사항				
1. 의뢰기관은 「의료법」에 따른 의료기관이어야 합니다. 2. 본 의뢰서에는 담당 의사의 서명 또는 직인을 날인하여야 합니다.				
처리 절차				
의뢰서 작성	→	환자 전달	→	보건소 · 의료기관 방문
			→	예방접종 실시