

(宛先) 港 区 長

予防接種再接種に関する医師意見書

骨髄移植等の医療行為により、定期の予防接種による予防効果が期待できないため、再接種が必要であり、接種可能な状態であると判断しますので理由書を提出します。

なお、再接種の必要性及び副反応については、十分に説明しています。

| | | |
|----------------------------------|-------------------|--------------------------|
| 被接種者 | 住 所 | 電話番号() |
| | (フリガナ) 氏 名 | (男 ・ 女) |
| | 生年月日 | 年 月 日 (満 歳 か月) |
| 保護者 | (フリガナ) 氏 名 | 被接種者との続柄() |
| | 連絡先 電話番号 | |
| 既に接種を受けた定期の予防接種の効果が期待できないと判断する理由 | (疾病名) | |
| | (該当理由) | |
| | (免疫消失の要因となった日) | 年 月 日 |
| | (予防接種の実施が可能となった日) | 年 月 日 |
| 再接種が必要な予防接種ワクチン | 該当するものに○をつけてください | |
| | ヒブ(Hib) | 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 |
| | 小児用肺炎球菌 | 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 |
| | B型肝炎 | 1回目・2回目・3回目 |
| | 四種混合(DPT-IPV) | 1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加 |
| | 五種混合(DPT-IPV-Hib) | 1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加 |
| | 二種混合(DT) | 2期 |
| | 不活化ポリオ(IPV) | 1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加 |
| | 麻しん風しん混合(MR) | 1期・2期 |
| | 麻しん | 1期・2期 |
| | 風しん | 1期・2期 |
| | 水痘 | 1回目・2回目 |
| | 日本脳炎 | 1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期 |
| 子宮頸がん予防(HPV) | 1回目・2回目・3回目 | |
| 備 考 | | |
| 医療機関所在地: | | |
| 医療機関名: | | |
| 主治医氏名 (署名又は記名押印): | | |