

東温市抗体が失われた小児への予防接種再接種に関する医師意見書

以下の者について、造血幹細胞移植その他の理由により接種した定期予防接種の効果が期待できない状態であり、かつ、予防接種の再接種が可能な状態であると認められるため、次のとおり意見書を提出します。

なお、予防接種の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。

住 所	東温市		
(フリガナ) 氏 名			
生 年 月 日	年	月	日 (満 歳 箇月)
接種した定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由	疾病名		
	理由	<input type="checkbox"/> 造血幹細胞移植 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	移植日	年	月 日
予防接種の再接種が可能となった日	年	月	日
再接種を必要とする予防接種の種類	<ul style="list-style-type: none"> ・ 4種混合 { 第1期 (初回1回・初回2回・初回3回・追加) } ・ 2種混合 { 第1期 (初回1回・初回2回・追加) ・第2期 } ・ 3種混合 { 第1期 (初回1回・初回2回・初回3回・追加) } ・ 麻しん・風しん { 第1期・第2期 } ・ 日本脳炎 { 第1期 (初回1回・初回2回・追加) ・第2期 } ・ ポリオ { 第1期 (初回1回・初回2回・初回3回・追加) } ・ Hib (ヒブ) 感染症 { 初回1回・初回2回・初回3回・追加 } ・ 小児用肺炎球菌感染症 { 初回1回・初回2回・初回3回・追加 } ・ ヒトパピローマウイルス感染症 { 1回・2回・3回 } ・ 水痘 { 1回・2回 } ・ B型肝炎 { 1回・2回・3回 } ・ ロタウイルスワクチン { 1回・2回・3回 } ・ 結核 		
医療機関名	記載年月日： 年 月 日		
所在地			
電話番号	医師氏名		印
	(署名又は記名押印)		