

様式第2号(第5条関係)

(表面)

医師の意見書

定期予防接種により獲得した免疫が骨髄移植等により低下し、又は消失した次の者については、再接種をする必要があり、この度、当該再接種が可能な状態と判断します。

なお、再接種の必要性及び副作用については十分に説明し、本人(保護者)の了承を得ています。

被接種者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	〒 舞鶴市		
接種済みの予防接種の効果が期待できないと判断する理由及び治療の経過等	(主治医記入欄) 疾病の名称その他必要な情報を記入してください。 (疾病の名称) (治療の経過) ①移植を受けた日 ②GVHDの有無 ③免疫抑制剤の使用状況 ④その他特記事項		
再接種を行う 予防接種の種類 (種類に☑を、 回数に○を付けてください。)	(主治医記入欄)		
	<input type="checkbox"/> ヒブ	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> 4種混合(DPT-IPV)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
	<input type="checkbox"/> 4種混合1期時における2種混合(DT)	初回(1回目・2回目)・追加	
	<input type="checkbox"/> 3種混合(DPT)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
	<input type="checkbox"/> BCG		
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)	1期・2期	
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回(1回目・2回目)・追加・2期	
	<input type="checkbox"/> 2種混合(DT)	2期	
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	1回目・2回目・3回目		

