

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	<p>(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)</p> <p>(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</p>																														
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。)	<p>(主治医記入欄)</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/>ヒブ</td><td>初回(1回目・2回目・3回目)・追加</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>小児用肺炎球菌</td><td>初回(1回目・2回目・3回目)・追加</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>B型肝炎</td><td>1回目・2回目・3回目</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>5種混合(PT-IPV-Hib)</td><td>1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>4種混合(DPT-IPV)</td><td>1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>4種混合1期時における2種混合(DT)</td><td>初回(1回目・2回目)・追加</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>3種混合(DPT)</td><td>1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>不活化ポリオ</td><td>初回(1回目・2回目・3回目)・追加</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>BCG</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>麻しん風しん混合(MR)</td><td>1期・2期</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>水痘</td><td>1回目・2回目</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>日本脳炎</td><td>1期初回(1回目・2回目)・追加・2期</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>2種混合(DT)</td><td>2期</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>子宮頸がん</td><td>1回目・2回目・3回目</td></tr> </table>			<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"/> 5種混合(PT-IPV-Hib)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加	<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
<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"/> 5種混合(PT-IPV-Hib)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加																														
<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																														

(裏面)

接種予定医療機関 ※再接種を実施する 予定の医療機関を 御記入ください。 (再接種を実施する 医療機関と事前に 連絡及び調整を 行ってください。)	(主治医記入欄) 医療機関名 連絡先 紹介の有無 (有り • 無し)
記載年月日： 年 月 日	
医療機関名	
医療機関所在地	
電話番号 ()	医師氏名 ㊞