

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"/> 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 <b>※再接種を実施する</b> 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	
<div style="margin-bottom: 20px;">医療機関名</div> <div style="margin-bottom: 20px;">医療機関所在地</div> <div style="margin-bottom: 20px;">電話番号                      (                      )</div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">医師氏名</div> <div style="text-align: right; margin-top: -60px;">  </div>	