

様式第2号（第5条関係）

予防接種再接種に関する医師の意見書

造血幹細胞移植等の医療行為により、医療行為前に接種した定期接種で得た免疫が消失し、又は低下した可能性が高く、定期接種の効果が期待できないと判断しますので、予防接種の再接種が必要と認められます。

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な説明をしています。

接種対象者	住 所	豊後高田市		
	フリガナ		性別	男・女
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
疾病名				
医療行為日	年	月	日	
再接種可能日	年	月	日	
再接種が必要な理由	造血幹細胞移植等（骨髄移植・末梢血幹細胞移植・臍帯血移植・抗がん剤治療）により接種済の予防接種の効果が期待できないため ※該当する造血幹細胞移植等を○で囲ってください。			
再接種が必要な予防接種の種類  再接種を必要とする予防接種名に <input checked="" type="checkbox"/> を入れ、接種回数を○で囲ってください。	予防接種名	接種回数		
	<input type="checkbox"/> 四種混合	1期初回（1回・2回・3回）・1期追加		
	<input type="checkbox"/> 三種混合	1期初回（1回・2回・3回）・1期追加		
	<input type="checkbox"/> ポリオ	1期初回（1回・2回・3回）・1期追加		
	<input type="checkbox"/> 二種混合	2期		
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん	1期・2期		
	<input type="checkbox"/> 麻しん	1期・2期		
	<input type="checkbox"/> 風しん	1期・2期		
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	初回（1回・2回）	追加	2期
	<input type="checkbox"/> BCG	1回		
	<input type="checkbox"/> ヒブ	初回（1回・2回・3回）	追加	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回（1回・2回・3回）	追加	
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防	1回・2回・3回		
	<input type="checkbox"/> 水痘	初回（1回・2回・3回）	追加	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	初回（1回・2回）	追加	
上記のとおり、予防接種の再接種の実施について意見を提出します。				
年 月 日				
医療機関名 所在地 医師署名又は記名押印 _____				