

主治医の意見書

（宛先）えびの市長

次の者については、造血幹細胞移植等により、それ以前に接種した定期予防接種で得ていた免疫が低下または消失したため、再接種が必要であると判断しますので、意見書を提出します。なお、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。

ふりがな					
接種を受ける人の氏名					
生年月日	年 月 日				
接種を受ける人の住所	えびの市				
疾病名					
移植等を受けた日	年 月 日				
再接種が可能となった日	年 月 日				
定期予防接種で得ていた免疫が低下又は消失したと判断する理由	診療内容等				
再接種する予防接種 ※○を付けてください （ 4種混合又は 5種混合は15歳 BCGは4歳 Hibは10歳 小児用肺炎球菌は6歳に 達するまでの間を対象と なります。 ）	B型肝炎	1回目	2回目	3回目	
	Hib	初回	1回目	2回目	3回目 追加
	小児用肺炎球菌	初回	1回目	2回目	3回目 追加
	5種混合	1期初回	1回目	2回目	3回目 1期追加
	4種混合	1期初回	1回目	2回目	3回目 1期追加
	3種混合	1期初回	1回目	2回目	3回目 1期追加
	ポリオ	1回目	2回目	3回目	追加
	BCG				
	麻しん風しん（MR）	1期	2期		
	日本脳炎	1期初回	1回目	2回目	1期追加 2期
	2種混合	2期			
	水疱	1回目	2回目		
	ヒトパピローウイルス（HPV）感染症	1回目	2回目	3回目	
接種予定医療機関	医療機関名				
	※原則として移植等を行った医療機関				
移植等を行った医療機関以外の場合		紹介の有無（有り・無し）			
上記のとおり、予防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					
電話番号					
医師の署名又は記名押印					