

様式第2号（第5条関係）

再接種に係る医師意見書

甲賀市長 あて

年 月 日

造血幹細胞移植等により、接種済みの定期予防接種の抗体を失った下記の者について、この度、予防接種の再接種が可能な状態と認められると判断します。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、本人（保護者）より同意を得ています。

記

氏名		生年月日	年	月	日
住所	滋賀県甲賀市				
接種済みの定期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	< 疾病の名称 >				
	< 治療の経過 > ※治療を受けた日、治療内容等				
	< 再接種が可能となった日 > 年 月 日				
再接種を行う予防接種の種類	<input type="checkbox"/> Hib 感染症	1回目	2回目	3回目	1期追加
	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症	1回目	2回目	3回目	1期追加
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目	2回目	3回目	
	<input type="checkbox"/> BCG				
	<input type="checkbox"/> 四種混合 (DPT-IPV)	1回目	2回目	3回目	1期追加
	<input type="checkbox"/> 二種混合 (DT)				
	<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回目	2回目	1期追加	2期
	<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症	1回目	2回目	3回目	
<input type="checkbox"/> その他 ()					
意見書記入者	医療機関名 医療機関住所 電話番号 医師氏名				