様式第２号（第５条関係）

**東温市抗体が失われた小児への予防接種再接種に関する医師意見書**

　以下の者について，造血幹細胞移植その他の理由により接種した定期予防接種の効果が期待できない状態であり，かつ，予防接種の再接種が可能な状態であると認められるため，次のとおり意見書を提出します。

なお，予防接種の再接種の必要性及び副反応については，十分に説明しています。

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 東温市 |
| （フリガナ）  氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　（満　　　歳　　　箇月） |
| 接種した定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由 | 疾病名 |
| 理由　　　□　造血幹細胞移植  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  移植日  年　　　月　　　日 |
| 予防接種の再接種が可能となった日 | 年　　　月　　　日 |
| 再接種を必要とする予防接種の種類 | ・４種混合　{ 第１期（初回１回・初回２回・初回３回・追加）}  ・２種混合　{ 第１期（初回１回・初回２回・追加）・第２期 }  ・３種混合　{ 第１期（初回１回・初回２回・初回３回・追加）}  ・麻しん・風しん　{ 第１期・第２期 }  ・日本脳炎　{ 第１期（初回１回・初回２回・追加）・第２期 }  ・ポリオ　{ 第１期（初回１回・初回２回・初回３回・追加）}  ・Hｉｂ（ヒブ）感染症　{ 初回１回・初回２回・初回３回・追加 }  ・小児用肺炎球菌感染症　{ 初回１回・初回２回・初回３回・追加 }  ・ヒトパピローマウイルス感染症　{ １回・２回・３回 }  ・水痘｛ １回・２回 ｝  ・Ｂ型肝炎　{ １回・２回・３回 }  ・ロタウイルスワクチン｛１回・２回・３回 }  ・結核 |
| 記載年月日：　　　　　年　　月　　日  医療機関名  所在地  電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　印  （署名又は記名押印） | |