

彦根市長 様

彦根市造血幹細胞移植等によるワクチン再接種に係る医師意見書

造血幹細胞移植等により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できない下記の者について、このたび、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、再接種の必要性および副反応については本人(保護者)に十分に説明し、副反応がある場合があることを理解の上再接種をすることについて本人(保護者)から同意を得ています。

記

被接種者	住所	彦根市			
	ふりがな				保護者名
	氏名				
	生年月日	年	月	日	
接種済定期 予防接種の 効果が期待 できないと 判断する理 由および治 療の経過	疾病名				
	治療の経過				
	<input type="checkbox"/> 骨髄移植手術 <input type="checkbox"/> 免疫抑制療法 <input type="checkbox"/> その他				
	移植を受けた日	年	月	日	
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 ○を付けて ください。	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目	2回目	3回目	
	<input type="checkbox"/> Hib感染症	1回目	2回目	3回目	追加接種
	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症	1回目	2回目	3回目	追加接種
	<input type="checkbox"/> 四種混合	1回目	2回目	3回目	追加接種
	<input type="checkbox"/> 三種混合	1回目	2回目	3回目	追加接種
	<input type="checkbox"/> 二種混合	2期			
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん(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"/> 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"/> 不活化ポリオ(単独)	1回目	2回目	3回目	追加接種
<input type="checkbox"/> その他					
接種予定 医療機関	医療機関名				
	所在地				
	電話番号				
医療機関名	記載年月日 年 月 日				
医療機関所在地					
電話番号	医師署名 (署名または記名押印)				Ⓜ