

**大垣市骨髄移植等の理由による任意予防接種に関する医師意見書**

骨髄移植手術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次の者について、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。

住 所	大垣市
(フリガナ) 氏 名	
生 年 月 日	年 月 日 (満 歳 か月)
接種済みの定期 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 <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) 手術日 年 月 日
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・四種混合 { 第1期 (初回1回・初回2回・初回3回・追加) }</li> <li>・二種混合 { 第1期 (初回1回・初回2回・追加) ・第2期 }</li> <li>・麻しん・風しん { 第1期・第2期 }</li> <li>・日本脳炎 { 第1期 (初回1回・初回2回・追加) ・第2期 }</li> <li>・急性灰白髄炎 (ポリオ) { 第1期 (初回1回・初回2回・初回3回・追加) }</li> <li>・Hib (ヒブ) 感染症 { 初回1回・初回2回・初回3回・追加 }</li> <li>・小児用肺炎球菌感染症 { 初回1回・初回2回・初回3回・追加 }</li> <li>・ヒトパピローマウイルス感染症 { 1回・2回・3回 }</li> <li>・水痘 { 1回・2回 }</li> <li>・B型肝炎 { 1回・2回・3回 }</li> </ul>
医療機関名 所 在 地 電 話 番 号	<p style="text-align: right;">記載年月日： 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医師氏名 <span style="float: right;">Ⓜ</span></p> <p style="text-align: right;">(署名又は記名押印)</p>