

松山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	松山市		
(フリガナ) 氏 名	(□男・□女)		
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	<input type="checkbox"/> 造血幹細胞移植 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Hib感染症：初回（1回目，2回目，3回目），追加 <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症：初回（1回目，2回目，3回目），追加 <input type="checkbox"/> B型肝炎：1回目，2回目，3回目 <input type="checkbox"/> 五種混合：1期初回（1回目，2回目，3回目），1期追加 <input type="checkbox"/> 四種混合：1期初回（1回目，2回目，3回目），1期追加 <input type="checkbox"/> 三種混合：1期初回（1回目，2回目，3回目），1期追加 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ：1期初回（1回目，2回目，3回目），1期追加 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん：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），1期追加，2期 <input type="checkbox"/> 二種混合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		
医療機関名	記載年月日： 年 月 日		
所在地			
電話番号	医師氏名		