

別 記

第2号様式（第5条第1項第1号）

造血細胞移植による再接種に関する医師の意見書

年 月 日

香取市長 様

医療機関名  
所在地  
電話番号  
医師名 印

次の者は、造血細胞移植により、既に接種を受けた定期の予防接種の予防効果が期待できないと判断します。なお、再接種の必要性については十分に説明しました。

被 接 種 者	ふりがな			
	氏 名			
	住 所			
	生年月日			
接種を受けた定期 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			
	治療内容			
疾病の治療期間				
	種類	上限年齢	回数	
	ヒブ (Hib)	10 歳	1 回目・2 回目・3 回目・4 回目	
	小児用肺炎球菌	6 歳	1 回目・2 回目・3 回目・4 回目	
	B型肝炎	20 歳	1 回目・2 回目・3 回目	
	4 種混合 (DPT-IPV)	15 歳	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加	
	3 種混合 (DPT)	20 歳	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加	
	不活化ポリオ (IPV)	20 歳	初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加	
	結核 (BCG)	4 歳	1 回	
	麻しん風しん (MR)	20 歳	1 期・2 期	
	麻しん単独	20 歳	1 期・2 期	
	風しん単独	20 歳	1 期・2 期	
	水痘	20 歳	初回・追加	
	日本脳炎	20 歳	1 期初回 (1 回目・2 回目) 1 期追加・2 期	
	二種混合 (DT)	20 歳	1 期初回 (1 回目・2 回目) 1 期追加・2 期	
	ヒトパピローマウイルス (HPV)	20 歳	1 回目・2 回目・3 回目	

※文書発行にかかる費用の助成はありません。