

様式第2号（第6条関係）

美濃加茂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

以下の者は、造血幹細胞移植（骨髄移植等）により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できず、再接種が必要な状態と認められます。

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	美濃加茂市	
ふりがな 氏 名		
生 年 月 日	年	月 日
再接種が必要となった疾病名と 治療内容	(疾病名)	
	(治療内容等)	
造血幹細胞移植を行った日	年	月 日
再接種を開始することが可能と判断された日	年	月 日
再接種する予防接種の対象となる疾病 (該当する対象疾病名の左欄に○を付す。)		対象疾病名
		ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ（急性灰白髄炎）
		麻しん、風しん
		日本脳炎
		B型肝炎
		水痘
		小児の肺炎球菌感染症
		H i b感染症
	ヒトパピローマウイルス感染症	
		年 月 日
医療機関名 所在地 医師名 (署名又は記名押印)		印

- ・この理由書の発行に当たって費用が必要な場合（検査料、文書料等）は、申請者の負担となります。
- ・この意見書の内容について、担当者から照会する場合があります。