

様式第2号（第5条関係）

栗東市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種抗体を失った者の  
再接種に係る意見書

骨髄移植後等の医療行為により、接種済みの定期予防接種の抗体を失った下記の者について、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。

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、本人（保護者）より同意を得ています。

ふりがな	生年月日	保護者氏名 ※被接種者が成人の場合は、不要
被接種者	年 月 日	
住所	栗東市	
接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと判断する理由及び治療の経過等	<p>（主治医記入欄）疾病の名称、その他必要な情報を記入してください。</p> <p>（疾病の名称）</p> <p>（治療の経過）</p> <p>①移植を受けた日 年 月 日</p> <p>②免疫抑制剤の使用状況</p> <p>③その他特記事項</p>	
再接種を行う 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"/> 小児用肺炎球菌	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"/> 不活化ポリオ	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
	<input type="checkbox"/> 四種混合（DPT-IPV）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
	<input type="checkbox"/> 三種混合（DPT混合）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
	<input type="checkbox"/> 二種混合（DT）	1回目 2回目 1期追加 2期
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（MR）	1期・2期
	<input type="checkbox"/> 麻しん	1期・2期
	<input type="checkbox"/> 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"/> ヒトパピローマウイルス感染症	1回目・2回目・3回目

接種予定医療機関	(主治医記入欄) 医療機関名 連絡先 紹介の有無 ( 有 ・ 無 )
再接種が可能となった日	年 月 日
<div style="text-align: right;">記載年月日： 年 月 日</div> 医療機関名 医療機関所在地 電話番号 医師氏名 ㊟	