

様式第2号（第6条関係）

長浜市長 あて

年 月 日

長浜市造血幹細胞移植等によるワクチン再接種に係る医師意見書

造血幹細胞移植により、接種済の定期予防接種の予防効果が期待できない下記の者について、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、本人も了承しています。

記

被 接 種 者	住 所	長浜市
	ふ り が な 氏 名	(男・女)
	生年月日	年 月 日
接種済定期予防 接種の効果が期 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（理由：) (移植)手術日 年 月 日	
接種が可能とな った日		年 月 日
再接種を行う 予防接種の種類 ○を付けてくださ い。	<ul style="list-style-type: none"> ・五種混合：初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・四種混合：初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・三種混合：初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・二種混合：2期 ・麻しん風しん(MR)：1期・2期 ・日本脳炎：1期初回（1回目・2回目・追加）・2期 ・H i b感染症：初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・小児の肺炎球菌感染症：初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・ヒトパ^ピロ^ロマウイルス感染症：2価・4価（1回目・2回目・3回目） 9価（1回目・2回目・3回目） ・単独不活化ポリオ：初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・水痘 : 1回目・2回目 ・B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目 ・その他（) 	
接種医療機関	名 称 所 在 地	
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: center;">医 師 名 (印)</p> <p style="text-align: center;">(署名又は記名押印)</p>	