

様式第2号 (第5条関係)

年 月 日

三豊市長 様

医療機関 所在地  
医療機関名  
医師名

造血幹細胞移植等の治療後における予防接種の再接種に関する理由書

造血幹細胞移植等の治療により、その治療前に接種した定期予防接種による免疫が低下し、又は消失したため、次の予防接種について、再接種が必要であると認めます。

なお、再接種の必要性及び副反応については、保護者及び本人に対し十分な説明を行っています。

再接種対象者	住所	三豊市		
	フリガナ 氏名		生年 月日	年 月 日 (満 歳 か月)
造血幹細胞移植等の治療に至った基礎疾患及び経過				
接種済の定期予防接種の免疫が低下し、又は消失したと判断する理由				
治療を行った最終日		年 月 日	再接種が可能となった日	年 月 日
<b>再接種が必要であると認める予防接種</b>				
□にチェックしその他はご記入下さい	予防接種の種類	回数		接種日における上限年齢
	□BCG			4歳未満
	□小児用肺炎球菌	初回(□1回目 □2回目 □3回目) □追加		6歳未満
	□ヒブ感染症	初回(□1回目 □2回目 □3回目) □追加		10歳未満
	□四種混合	1期初回(□1回目 □2回目 □3回目) □1期追加		15歳未満
	□B型肝炎	□1回目 □2回目 □3回目		20歳未満
	□麻しん風しん混合	□1期 □2期		20歳未満
	□水痘	□1回目 □2回目		20歳未満
	□日本脳炎	1期初回(□1回目 □2回目) □1期追加 □2期		20歳未満
	□二種混合	1期初回(□1回目 □2回目) □1期追加 □2期		20歳未満
	□ヒトパピローウイルス感染症	□1回目 □2回目 □3回目		20歳未満
	□三種混合	1期初回(□1回目 □2回目 □3回目) □1期追加		20歳未満
□不活化ポリオ	初回(□1回目 □2回目 □3回目) □追加		20歳未満	
□その他				

※ その他の場合は、予防接種の種類を明記し下記にその理由もご記入ください。

理由:

---