

(あて先) 宗像市長

宗像市造血細胞移植等医療行為前に接種した法に基づく定期予防接種の
予防効果が期待できないと判断した医師の意見書

下記の者については、造血細胞移植その他の医療行為に起因する接種済みの定期予防接種の効果の低下
又は消失が認められるため、当該予防接種の再接種が必要であると判断します。

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ています。

ふりがな			
受ける人の 氏名			
生年月日		性別	男・女
受ける人の住所			
疾病名			
医療行為を受けた期間	年 月 日～	年 月 日	
再接種が可能となった日	年 月 日		
再接種が必要な理由			
予防接種の種類 ※四種混合は15歳 BCGは4歳 ヒブは10歳 小児肺炎球菌は 6歳 に達するまでの間 が対象となります。	※希望する予防接種を○で囲んでください。		
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	ヒブ	初回1回目・2回目・3回目・追加	
	小児肺炎球菌	初回1回目・2回目・3回目・追加	
	四種混合	1期初回1回目・2回目・3回目・I期追加	
	三種混合	1回初回1回目・2回目・3回目・I期追加	
	二種混合	2期	
	不活化ポリオ	1回目・2回目・3回目・追加	
	BCG	1回	
	MR	1期・2期	
	水痘	1回目・2回目	
	日本脳炎	1期初回1回目・2回目・1期追加・2期	
子宮頸がん	1回目・2回目・3回目		
接種予定医療機関	※原則として医療行為を行った医療機関		
上記のとおり、予防接種の実施について意見を提出します。 年 月 日 医療機関名 所在地 電話番号 医師の署名又は記名押印			