

西都市長 様

下記の者については、造血細胞移植等により、造血細胞移植等前に接種した定期予防接種により得られた免疫が低下又は消失したため、任意接種が必要であると判断しますので、意見書を提出します。なお、任意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			生年月日	年	月	日	
氏 名							
住 所	西都市						
疾病名							
移植等を受けた日	年	月	日	再接種が可能となった日	年	月	日
免疫が低下又は消失したと判断する理由	☐ 造血細胞移植（骨髄移植・末梢血幹細胞移植・臍帯血移植） ☐ 臓器移植 ☐ 放射線治療 ☐ 抗悪性腫瘍薬の投薬治療 ☐ そ の 他（ ）						
20歳までに任意接種する予防接種 ※当てはまる疾病に ☒ を、回数に○をつけてください。（ヒブは10歳未満、小児肺炎球菌は6歳未満、5種混合・4種混合は15歳未満、BCGは4歳未満の者が対象となります。）	☐ 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) ☐ 5種混合(1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加) ☐ 4種混合(1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加) ☐ 3種混合(1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加) ☐ ポリオ(1回目・2回目・3回目・追加) ☐ BCG ☐ 2種混合(2期) ☐ 麻しん・風しん(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) ☐ HPV(1回目・2回目・3回目)						
接種予定医療機関	(医療機関名) ※原則として移植等を行った医療機関						
	移植等を行った医療機関以外の場合 照会の有無(有り・無し)						
上記のとおり、定期予防接種の任意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 担当医師名							