

草津市造血幹細胞移植後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

年 月 日

造血幹細胞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、このたび、予防接種の再接種が必要な状態と認められると判断します。

なお、再接種の必要性およ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	年 月 日生
氏名	保 護 者 氏 名 ※被接種者が成人の場合は、不要	
住所 草津市		
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 る理由およ び治療の経 過等	(疾病の名称) (治療の経過) 治療を受けた日・治療内容など (再接種の必要性を判断するにあたり抗体検査の実施の有無) ☐ 実施した ☐ 実施していない	
再接種を行 う 予防接種の 種類 ※いずれかに○ をつけてくだ さい。	☐ B 型 肝 炎	1 回目 2 回目 3 回目
	☐ B C G	
	☐ ヒ ブ 感 染 症	1 回目 2 回目 3 回目 1 期追加
	☐ 小 児 用 肺 炎 球 菌	1 回目 2 回目 3 回目 1 期追加
	☐ 五 種 混 合	1 回目 2 回目 3 回目 1 期追加
	☐ 四 種 混 合	1 回目 2 回目 3 回目 1 期追加
	☐ 二 種 混 合 (D T)	
	☐ 麻しん風しん混合 (MR)	1 期 2 期
	☐ 水 痘	1 回目 2 回目
	☐ 日 本 脳 炎	1 回目 2 回目 1 期追加 2 期
	☐ ヒトパピローマウイルス感染症	1 回目 2 回目 3 回目
	☐ そ の 他 ワクチン名 ()	1 回目 2 回目 3 回目
	☐ そ の 他 ワクチン名 ()	1 回目 2 回目 3 回目
意見書 記入者	医療機関名 医療機関住所 電話番号 医師氏名	