

第2号様式（第6条関係）

医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種に係る医師意見書

次の者について、骨髄移植手術その他の医療行為により接種済みの定期予防接種の効果が期待できないため、再接種が必要と判断しますので、意見書を提出します。

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、接種対象者又は保護者は了承しています。

記入年月日 年 月 日

接種対象者	住 所	
	フリガナ氏名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
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	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 ()	
再接種を行う予防接種の種類 (○で囲んでください。)		
ヒブ (Hib)	初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加	
小児用肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加	
B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
四種混合 (DPT-IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加	
五種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加	
結核 (BCG)		
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期初回 (1回目・2回目) ・1期追加・2期	
二種混合 (DT)	2期	
子宮頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目	
不活化ポリオ (IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加	
その他	()	
主治医	医療機関名称	
	所在地	
	電話番号	
	主治医氏名 (自署の場合、押印不要)	

予防接種対象期間の特例

- ・ ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎、破傷風及びHibについては、15歳（沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオヘモフィルスb型混合ワクチンを使用する場合に限る。）に達するまでの間
- ・ Hib感染症については、10歳に達するまでの間
- ・ 小児の肺炎球菌感染症については、6歳に達するまでの間
- ・ 結核 (BCG) については、4歳に達するまでの間