

年 月 日

主治医意見書

岬町長 あて

下記の者は造血細胞移植等により、既に接種した定期予防接種の免疫が低下又は消失したため、再度の予防接種が必要であることを認めます。

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。

住 所	岬町
ふりがな	
接種対象者氏名	
生年月日	年 月 日
再接種が必要となった 疾病名と治療内容	疾病名
	治療内容
上記疾病の治療期間	年 月 日～ 年 月 日
接種可能となった日	年 月 日
再接種が必要な 予防接種の種類 必要なものに <input type="checkbox"/> 印・○ をつけてください。	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌：初回（1回目・2回目・3回目）追加 <input type="checkbox"/> ヒブ：初回（1回目・2回目・3回目）追加 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> ロタウイルス：1回目・2回目・3回目 <input type="checkbox"/> B型肝炎：1回目・2回目・3回目 <input type="checkbox"/> 4種混合：1期初回（1回目・2回目・3回目）I期追加 <input type="checkbox"/> 5種混合：1期初回（1回目・2回目・3回目）I期追加 <input type="checkbox"/> 3種混合：1期初回（1回目・2回目・3回目）I期追加 <input type="checkbox"/> 2種混合：第2期 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ：初回（1回目・2回目・3回目）追加 <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（MR）：1期・2期 <input type="checkbox"/> 麻しん：1期・2期 <input type="checkbox"/> 風しん：1期・2期 <input type="checkbox"/> 水痘：1回目・2回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎：1期初回（1回目・2回目）I期追加・2期 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん：1回目・2回目・3回目
医療機関名 所在地 電話番号（ ） - 医師氏名	記載日 年 月 日 印

様式第2号（第5条関係）

- * 意見書の作成に費用がかかる場合は、助成の対象外となります。
- * 意見書の内容について、岬町から確認をさせていただく場合があります。
- * 助成の対象となる予防接種は、過去に定期接種として接種済の予防接種のみとなります。