年　　月　　日

(宛先) 春 日 井 市 長

医　師　の　意　見　書

次の者が骨髄移植等の医療行為により、接種済みの定期予防接種や感染症のり患で獲得した免疫が低下又は消失したため、再度ワクチン接種を受ける必要があると判断します。

<table>
<tr><td rowspan="3">被接種者</td><td>住　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="4">年　　月　　日生</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">定期予防接種等の効果が期待できないと判断する理由</td><td colspan="4">疾病名</td></tr>
<tr><td colspan="4">理　由
☐ 骨髄移植　　☐ 免疫抑制療法
☐ その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="9">ワクチン接種を受ける必要があるワクチンの種類と回数</td><td>B 型肝炎</td><td></td><td>麻しん風しん混合</td><td></td></tr>
<tr><td>ヒブ</td><td></td><td>麻しん</td><td></td></tr>
<tr><td>小児肺炎球菌</td><td></td><td>風しん</td><td></td></tr>
<tr><td>四種混合</td><td></td><td>水痘</td><td></td></tr>
<tr><td>三種混合</td><td></td><td>二種混合</td><td></td></tr>
<tr><td>不活化ポリオ</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>日本脳炎</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>子宮頸がん</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">医療機関</td><td>名称</td><td colspan="4" rowspan="4"></td></tr>
<tr><td>所在地</td></tr>
<tr><td>電話番号</td></tr>
<tr><td>主治医氏名</td></tr>
</table>

（自署）