

造血細胞移植等による再接種に関する医師の意見書

年 月 日

神崎町長 様

所在地

名称

電話番号

医師名

印

次の者は、造血細胞移植等により、既に接種を受けた定期の予防接種の予防効果が期待できないと判断します。なお、再接種の必要性については十分に説明しました。

被接種者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年	月	日（歳）
	住所	神崎町		
接種を受けた定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由	疾病名			
	治療内容			
疾病の治療期間				
再接種が必要な予防接種の種類とその回数	種類	上限年齢	回数	
	結核 (BCG)	4歳	1回	
	小児用肺炎球菌	6歳	1回目・2回目・3回目・4回目	
	ヒブ (Hib)	10歳	1回目・2回目・3回目・4回目	
	4種混合 (DPT-IPV)	15歳	1回目・2回目・3回目・4回目	
	5種混合 (DPT-IPV-Hib)	15歳	1回目・2回目・3回目・4回目	
	3種混合 (DPT)	20歳	1回目・2回目・3回目・4回目	
	不活化ポリオ (IPV)	20歳	1回目・2回目・3回目・4回目	
	水痘	20歳	1回目・2回目	
	B型肝炎	20歳	1回目・2回目・3回目	
	麻しん風しん (MR)	20歳	1回目・2回目	
	麻しん単独	20歳	1回目・2回目	
	風しん単独	20歳	1回目・2回目	
	日本脳炎	20歳	1回目・2回目・3回目・4回目	
	二種混合 (DT)	20歳	1回	
ヒトパピローマウイルス (HPV)	20歳	1回目・2回目・3回目		