

骨髄移植後等の理由による任意予防接種に関する意見書

年 月 日

男鹿市長 様

下記の者は、疾病の治療により接種を受けた定期予防接種の予防効果が期待できないため、再度予防接種が必要であることを証明します。

なお、再接種の必要性及び副作用については十分に説明しています。

記

被 接 種 者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日（満 歳）
	住所	
接種を受けた定期予防接種の予防効果が期待できない原因となった疾病名及び治療内容		疾病名： 治療内容：
再接種が必要な予防接種の種類		<input type="checkbox"/> 四種混合又は五種混合 【1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加】 <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> 麻しん風しん 【1期・2期】 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 【1期初回1回目・2回目・追加・2期】 <input type="checkbox"/> Hib感染症 【初回1回目・2回目・3回目・追加】 <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 【初回1回目・2回目・3回目・追加】 <input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症 【1回目・2回目・3回目】 <input type="checkbox"/> 水痘 【1回目・2回目】 <input type="checkbox"/> B型肝炎 【1回目・2回目・3回目】 <input type="checkbox"/> BCG
医 療 機 関	名称	
	住所	
	TEL	
	医師名 (医師署名又は 記名押印)	