

天童市造血幹細胞移植後のワクチン再接種に関する理由書

年 月 日

（宛先）天童市長

所在地 \_\_\_\_\_  
 医療機関名 \_\_\_\_\_  
 医師名（自署） \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

私は、造血幹細胞移植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、次のとおり再接種が必要であると認めます。なお、被接種者又は保護者に対し再接種の必要性、効果、副反応及び健康被害救済制度について説明を行っています。

被接種者	フリガナ			
	氏名	性別（ ）		
	住所	電話番号（ ）		
	生年月日	年	月	日
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	疾患名			
	治療期間	年	月	日
	理由	年	月	日
再接種を必要とする予防接種の種類、接種回数（該当する項目にチェック及び○印をつけてください。）	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
	<input type="checkbox"/> ヒブ（Hib）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	<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"/> 五種混合（DPT-IPV-Hib）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加		
	<input type="checkbox"/> 四種混合（DPT-IPV）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加		
	<input type="checkbox"/> BCG			
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（MR）	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）・1期追加・2期		
	<input type="checkbox"/> 二種混合（DT）	2期		
	<input type="checkbox"/> HPV	1回目・2回目・3回目		
	<input type="checkbox"/> 三種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加		
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加		
	<input type="checkbox"/> 麻しん	1期・2期		
<input type="checkbox"/> 風しん	1期・2期			
備考				

※この文書は医師が作成すること。