

会津若松市長

会津若松市造血幹細胞移植による再接種に関する医師の意見書

造血幹細胞移植により、既に受けた予防接種によって獲得していた免疫が低下又は消失した者が、予防接種が可能な状態になり、以下の予防接種の再接種が必要と判断しますので、意見書を提出します。

接種 対象者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所	会津若松市		
再接種が必要と なった理由等	疾病名			
	該当理由（治療内容）			
	造血幹細胞移植の実施期間	年 月 日～ 年 月 日		
	再接種が可能となった日	令和 年 月 日		
該当するワクチン (該当する項目に ○を付けてくださ い。)	ヒブ (Hib)	(1・2・3) 回目・追加		
	小児肺炎球菌 (PCV13)	(1・2・3) 回目・追加		
	B型肝炎	(1・2・3) 回目		
	四種混合 (DPT-IPV)	1期 (1・2・3) 回目・1期追加		
	水痘	(1・2) 回目		
	麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期		
	日本脳炎	1期 (1・2) 回目・1期追加・2期		
	二種混合	2期		
	ヒトパピローマウイルス (HPV)	(1・2・3) 回目		
医療機関	医療機関名（診療科名）	(科)		
	医療機関名	(電話番号)		
	医師名（署名又は記名押印）			