

様式第2号（第5条関係）

骨髄移植等による予防接種の再接種に係る理由書

年 月 日

様

医療機関名

医師署名又は記名押印

骨髄移植等の医療行為により、予防接種のワクチンの免疫が低下又は消失したため、再接種が必要と判断します。

被接種者	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
再接種が必要と判断する理由	骨髄移植等の手術日 年 月 日	
再接種する 予防接種の 種類	<ul style="list-style-type: none"> ・五種混合 ・四種混合 ・二種混合 ・麻しん風しん ・日本脳炎 ・BCG ・H i b感染症 ・小児の肺炎球菌感染症 ・HPV感染症 ・水痘 ・B型肝炎 ・ロタウイルス感染症 	<ul style="list-style-type: none"> 第1期初回（1回目・2回目・3回目）、追加 第1期初回（1回目・2回目・3回目）、追加 第2期 第1期、第2期 第1期初回（1回目・2回目）、追加、第2期 1回 初回（1回目・2回目・3回目）、追加1回 初回（1回目・2回目・3回目）、追加1回 1回目・2回目・3回目 1回目・2回目 1回目・2回目・3回目 1価 1回目・2回目 5価 1回目・2回目・3回目