

あきる野市長 殿

予防接種再接種に係る医師の意見書

医療行為により免疫が消失し、接種済みの定期予防接種の効果が期待できない者について、この度、予防接種の再接種が可能な状態で免疫を得られる効果が期待できるため、下記のとおり意見書を提出します。

【対象者（再接種を受けるお子さん）】

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒 あきる野市		
免疫消失の要因となる特別の事情	(疾病名等) (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) (当該特別の事情がなくなった日)年 月 日		
再接種を予定する予防接種の種類に☑、回数にマルをしてください。 ※過去に定期予防接種として接種したものに限る ※右欄は再接種を受ける年齢の上限	<input type="checkbox"/> ヒブ	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	※10歳未満
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	※6歳未満
	<input type="checkbox"/> 5種混合（DPT-IPV-Hib）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	※15歳未満
	<input type="checkbox"/> 4種混合（DPT-IPV）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	※15歳未満
	<input type="checkbox"/> 3種混合（DPT）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	※20歳未満
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ（IPV）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	※20歳未満
	<input type="checkbox"/> BCG		※4歳未満
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目	※20歳未満
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目	※20歳未満
	<input type="checkbox"/> MR（麻しん風しん混合）	1期・2期	※20歳未満
	<input type="checkbox"/> 麻しん	1期・2期	※20歳未満
	<input type="checkbox"/> 風しん	1期・2期	※20歳未満
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期	※20歳未満
<input type="checkbox"/> 2種混合（DT）2期		※20歳未満	
<input type="checkbox"/> HPV（子宮頸がん予防）	1回目・2回目・3回目	※20歳未満	

【接種医療機関】

名称	
所在地	〒
医師名	㊟
電話番号	

