

様式第2号（第5条関係）

綾部市骨髄移植後等の予防接種再接種費助成事業に係る医師意見書

骨髄移植後等の医療行為により、接種済みの定期予防接種の抗体を失った下記の者について、この度、予防接種の再接種が可能な状態と認められると判断します。

なお、再接種の必要性及び副反応については十分に説明し、対象者又は保護者も了承しています。

要再接種者氏名		生 年 月 日	
住 所			
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 及び治療の経過等	<p>* 疾病の名称その他必要な情報を記入してください。</p> <p>(疾病の名称)</p> <p>(治療の経過)</p> <p>① 骨髄移植を受けた日 年 月 日</p> <p>② GVHDの有無</p> <p>③ 免疫抑制剤の使用状況</p> <p>④ その他特記事項</p>		
再接種を行う 予防接種の種類			
接 種 予 定 医 療 機 関	医療機関名 所 在 地 電 話 番 号		
医療機関名 所 在 地 電 話 番 号	記載年月日		年 月 日
	医師氏名		㊟