様式第2号（第5条関係）

**岐阜市骨髄移植等による任意予防接種に関する医師意見書**

　骨髄移植手術その他の理由により接種した定期予防接種の効果が期待できない次の者について、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ので、意見書を提出します。なお、再接種の必要性及び副反応については、十分に説明しています。

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 岐阜市 |
| （フリガナ）  氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　（満　　　歳　　　か月） |
| 接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由 | 疾病名 |
| 理由　　□　骨髄移植手術  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （移植）手術日  年　　　月　　　日 |
| 接種が可能となった日 | 年　　　月　　　日 |
| 再接種を必要とする予防接種の種類 | ・五種混合　{ 第1期（初回1回・初回2回・初回3回・追加）}  ・四種混合　{ 第1期（初回1回・初回2回・初回3回・追加）}  ・二種混合　{ 第1期（初回1回・初回2回・追加）・第2期　}  ・三種混合　{ 第1期（初回1回・初回2回・初回3回・追加）}  ・麻しん・風しん　{ 第1期・第2期　}  ・日本脳炎　{ 第1期（初回1回・初回2回・追加）・第2期　}  ・ポリオ　{ 第1期（初回1回・初回2回・初回3回・追加）}  ・Hib感染症　{ 初回1回・初回2回・初回3回・追加　}  ・小児用肺炎球菌感染症　{ 初回1回・初回2回・初回3回・追加　}  ・ヒトパピローマウイルス感染症　{ 1回・2回・3回 }  ・水痘｛ 1回・2回 ｝  ・B型肝炎　{ 1回・2回・3回 } |
| 記載年月日：　　　　　年　　月　　日  医療機関名  所在地  電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　印  （署名又は記名押印） | |