

(宛先) 寒川町長

寒川町骨髄移植等予防接種再接種理由書

骨髄移植等により、接種済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と認められるため、下記のとおり理由書を提出します。

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。

記

対象者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年 月 日 (歳 か月)	
	住所		
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			
再接種を必要とする予防接種	種類	上限年齢	回数 (必要とする回数に○をつける)
	ヒブ	10歳未満	1回目・2回目・3回目・追加 *1歳以上1回のみ
	小児用肺炎球菌	6歳未満	1回目・2回目・3回目・追加 *2歳以上1回のみ
	四種混合	15歳未満	1回目・2回目・3回目・追加
	B型肝炎		1回目・2回目・追加
	BCG	4歳未満	1回
	麻しん・風しん混合(MR)		1期・2期
	麻しん		1期・2期
	風しん		1期・2期
	水痘		1回目・2回目
	日本脳炎		1回目・2回目・1期追加・2期
	二種混合		1回
	子宮頸がん		1回目・2回目・3回目
	ロタウイルス感染症		1回目・2回目・3回目
医療機関	所在地 名称 医師名 (署名又は記名押印)		

※上限年齢は、特に記載のない場合は20歳未満とします。