様式第２号（第６条関係）

**主治医の意見書**

（あて先）大村市長

下記の者については、定期予防接種または再接種後の骨髄移植等の理由により、接種済み予防接種の効果が期待できないため、再接種が必要であると判断しますので、大村市予防接種再接種費用助成事業実施要綱第６条の規定により、意見書を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな） |  |
| 被接種者の  氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 被接種者の  住所 |  |
| 接種済みの  定期予防接種  または再接種の  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、末梢血幹細胞移植、さい帯血移植  　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  移植（手術）日  年　　　月　　　日 |
| 再接種が可能  となった日 | 年　　　月　　　日 |
| 再接種する  予防接種  ※○を付けてください。  ※四種混合は15歳  ＢＣＧは４歳  ヒブは10歳  小児用肺炎球菌は６歳  に達するまでの間が  対象となります。 | Ｂ型肝炎（１回目・２回目・３回目）  ヒブ（初回１回目・２回目・３回目・追加）  小児用肺炎球菌（初回１回目・２回目・３回目・追加）  四種混合（１期初回１回目・２回目・３回目・１期追加）  ＢＣＧ  麻しん風しん混合（１期・２期）  麻しん（１期・２期）  風しん（１期・２期）  日本脳炎（１期初回１回目・２回目・１期追加・２期）  二種混合（２期）  水痘（１回目・２回目）  ヒトパピローマウイルス感染症（１回目・２回目・３回目） |
| 上記のとおり、予防接種の実施について意見を提出します。  　　　年　　　月　　　日  医療機関名  所在地  電話番号  医　師　名（自署） | |