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）　　　　　　　　　　　　　　　　 |