第２号様式（第５条関係）

年　　月　　日

（宛先）中央区長

既に接種済みの定期の予防接種の再接種に関する医師の意見書

骨髄移植手術等の特別の事情により免疫が消失し、既に接種済みの定期の予防接種の予防効果が期待できないと判断した者について、次のとおり、再接種をすることにより免疫を得られる効果が期待できる状態となりましたので、意見書を提出します。

<table>
<tr><td rowspan="3">被接種者</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td>男・女</td><td>生年月日</td><td></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4">〒　　－
中央区</td><td>電話</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">疾病名等の特別な事情の内容</td><td colspan="6">（疾病名）

（接種済の定期の予防接種の効果が期待できないと判断する理由）

（免疫消失要因が解消された日）
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="15">再接種を希望するワクチン（過去に定期の予防接種として接種したもので、記録が確認できるものに限る。）

※希望するワクチンに○を付けてください。</td><td>Ｂ型肝炎</td><td colspan="5">１回目・２回目・３回目</td></tr>
<tr><td>小児用肺炎球菌</td><td colspan="5">初回（１回目・２回目・３回目）・追加</td></tr>
<tr><td>五種混合（DPT-IPV-Hib）</td><td colspan="5">１期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加</td></tr>
<tr><td>~~四種混合（DPT-IPV）~~</td><td colspan="5">~~１期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加~~</td></tr>
<tr><td>~~ヒブ（Hib）~~</td><td colspan="5">~~初回（１回目・２回目・３回目）・追加~~</td></tr>
<tr><td>三種混合（DPT）</td><td colspan="5">１期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加</td></tr>
<tr><td>不活化ポリオ（IPV）</td><td colspan="5">１期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加</td></tr>
<tr><td>ＢＣＧ</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>麻しん風しん混合（MR）</td><td colspan="5">１期・２期・３期・４期</td></tr>
<tr><td>麻しん</td><td colspan="5">１期・２期・３期・４期</td></tr>
<tr><td>風しん</td><td colspan="5">１期・２期・３期・４期</td></tr>
<tr><td>水痘</td><td colspan="5">１回目・２回目</td></tr>
<tr><td>日本脳炎</td><td colspan="5">１期初回（１回目・２回目）・１期追加・２期</td></tr>
<tr><td>二種混合（DT）</td><td colspan="5">２期</td></tr>
<tr><td>ﾋﾄﾊﾟﾋﾟﾛｰﾏｳｲﾙｽ（HPV）</td><td colspan="5">１回目・２回目・３回目</td></tr>
<tr><td colspan="2">医療機関の名称、所在地及び医師名</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">備考</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>