

日の出町長 あて

日の出町予防接種再接種費助成に関する医師の意見書

骨髄移植等の医療行為により、下記のとおり接種済の予防接種の免疫が消失したため、再接種が必要であり、接種が可能な状況と判断します。

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

被接種者氏名	ふりがな	
生年月日（年齢）		
住所		
接種済みの予防接種の 免疫が消失する要因と なった疾病名及び治療 内容等	疾病名	
	治療内容	
	再接種が可能になった日	年 月 日
再接種を必要とする予 防接種の種類・回数	ヒブ	
	小児用肺炎球菌	
	B型肝炎	
	四種混合	
	不活化ポリオ	
	麻しん風しん混合（MR）	
	水痘	
	日本脳炎	
	二種混合	
	子宮頸がん	
	その他（ ）	

年 月 日

医療機関名
所在地
電話番号
医師名