

主治医意見書

（宛先）池田市長

下記の者は、造血幹細胞移植、又は化学療法により、既に接種した定期予防接種の免疫が消失したため、再度の予防接種が必要であることを証明します。

記

フリガナ	
氏名	
生年月日・年齢	年 月 日生（ 歳 か月）
住所	
再接種が必要となった 疾病名と治療内容	疾病名
	治療内容
上記疾病の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日
再接種が可能となった日	年 月 日
再接種が必要な予防接種 の種類と回数	<input type="checkbox"/> ロタリックス(1価)(回)、 <input type="checkbox"/> ロタテック(5価)(回) <input type="checkbox"/> B型肝炎(回)、 <input type="checkbox"/> ヒブ(回)、 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌(回) <input type="checkbox"/> 4種混合(回)、 <input type="checkbox"/> BCG(回) <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)(回)、 <input type="checkbox"/> 麻しん(回) <input type="checkbox"/> 風しん(回)、 <input type="checkbox"/> 水痘(回)、 <input type="checkbox"/> 日本脳炎(回) <input type="checkbox"/> 2種混合(回)、 <input type="checkbox"/> ポリオ、 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん(回)

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

印