

伊勢原市骨髄移植等予防接種再接種理由書

年 月 日

伊勢原市長 殿

次の者について、骨髄移植等の医療行為により接種済みの予防接種の効果が期待できなくなったため、
予防接種の再接種が必要であると判断しますので、理由書を提出します。

再接種者 (予防接種を 受ける人)	ふりがな		生年 月日	年 月 日 (満 歳 か月)
	氏 名			
		住 所		
理 由				
再接種を 申請する 予防接種	種 類		回 数	
	<input type="checkbox"/> ヒブ (Hib) 【上限年齢：10 歳未満】		【1 歳以上 1 回のみ】	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 【上限年齢： 6 歳未満】		【2 歳以上 1 回のみ】	
	<input type="checkbox"/> B 型肝炎			
	<input type="checkbox"/> 五種混合 (DPT-IPV-Hib) 【上限年齢：15 歳未満】			
	<input type="checkbox"/> 四種混合 (DPT-IPV) 【上限年齢：15 歳未満】			
	<input type="checkbox"/> 三種混合 (DPT)			
	<input type="checkbox"/> ポリオ (IPV)			
	<input type="checkbox"/> B C G 【上限年齢： 4 歳未満】			
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)			
	<input type="checkbox"/> 麻しん			
	<input type="checkbox"/> 風しん			
	<input type="checkbox"/> 水痘			
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎			
	<input type="checkbox"/> 二種混合 (DT)			
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん			
接種予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日			

所在地 _____
医療機関名 _____
医師署名 _____