

様式第2号（第5条関係）

京丹波町骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成事業に係る医師意見書

骨髄移植等の医療行為により、接種済みの定期予防接種の免疫が低下又は消失した次の者については、再接種を行う必要があります、この度、予防接種の再接種が可能な状態と認められると判断します。

なお、再接種の必要性及び副作用については十分に説明し、本人も了承しています。

フリガナ		生年月日	年 月 日生
接種対象者氏名			
住 所	〒 京丹波町		
接種済みの定期 予防接種の免疫 が低下又は消失 したと判断する 理由及び治療の 経過等	(主治医記入欄) 疾病の名称、その他必要な情報を記入してください。 (疾病の名称) (治療の経過) ①骨髄移植等を受けた日 年 月 日 ②GVHDの有無 ③免疫抑制剤の使用状況 ④その他の特記事項		
再接種を行う 予防接種の種類			
接種予定 医療機関	医療機関名： 所 在 地： 電 話 番 号：		
医 療 機 関 名	記載年月日： 年 月 日		
医療機関所在地			
電話番号	医師氏名		㊟