

主治医の意見書

（あて先）長崎市長

下記の者については、骨髄移植等の理由により、接種済みの定期予防接種の効果が期待できないため、再接種が必要であると判断しますので、長崎市予防接種再接種費助成事業実施要綱第6条の規定により、意見書を提出します。

(ふりがな)	
被接種者の氏名	
生年月日	年 月 日
被接種者の住所	
接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと判断する理由	疾病名
	理由 <input type="checkbox"/> 骨髄移植、末梢血幹細胞移植、さい帯血移植 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 移植（手術）日 年 月 日
再接種が可能となった日	年 月 日
再接種する予防接種 ※○を付けてください。  <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;">                 ※五種混合及び四種混合は15歳                  BCGは4歳                  ヒブは10歳                  小児用肺炎球菌は6歳に達するまでの間が対象となります。             </div>	B型肝炎（1回目・2回目・3回目） ヒブ（初回1回目・2回目・3回目・追加） 小児用肺炎球菌（初回1回目・2回目・3回目・追加） 五種混合（1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加） 四種混合（1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加） 三種混合（1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加） ポリオ（1回目・2回目・3回目・追加） BCG 麻しん風しん混合（1期・2期） 麻しん（1期・2期） 風しん（1期・2期） 日本脳炎（1期初回1回目・2回目・1期追加・2期） 二種混合（2期） 水痘（1回目・2回目） ヒトパピローマウイルス感染症（1回目・2回目・3回目）
上記のとおり、予防接種の実施について意見を提出します。 年 月 日 医療機関名 所在地 電話番号 医師名（自署）	