

主治医意見書

寝屋川市長 宛

下記の者は、疾病の治療による造血細胞移植を行い、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認めます。

記

フリガナ	
被接種者氏名	
生年月日・年齢	平成 年 月 日生 (歳 か月)
住 所	寝屋川市
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	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
疾病から回復し、接種 可能となった日	平成 年 月 日
再接種が必要な予防 接種の種類と回数	<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"/> 三種混合 (回)・ <input type="checkbox"/> 4種混合 (回)・ <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (回)・ <input type="checkbox"/> 麻しん風しん (MR) (回) <input type="checkbox"/> 麻しん (回)・ <input type="checkbox"/> 風しん (回)・ <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (回) <input type="checkbox"/> 水痘 (回)・ <input type="checkbox"/> 2種混合・ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (回)

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

印