

※医療機関による証明が必要な書類です。

骨髄移植等による予防接種の再接種に係る理由書

◇年◇◇月◇◇日

●● ●● 様

証明した医師の自署又は記名  
押印が必要です。

医療機関名 △△クリニック

医師署名又は記名押印 △△ △△

骨髄移植等の医療行為により、予防接種のワクチンの免疫が低下又は消失したため、再接種が必要と判断します。

被接種者	住 所	秋田市○○■丁目〇-〇
	フリガナ	○○ ○○
	氏 名	○○ ○○
	生年月日	○年○月○日
再接種が必要と判断する理由	(理由を記入)	
再接種する 予防接種の 種類	<ul style="list-style-type: none"> <li>・五種混合</li> <li>・四種混合</li> <li>・二種混合</li> <li>・麻しん風しん</li> <li>・日本脳炎</li> <li>・BCG</li> <li>・H i b感染症</li> <li>・小児の肺炎球菌感染症</li> <li>・ヒトパピローマウイルス感染症</li> <li>・水痘</li> <li>・B型肝炎</li> <li>・ロタウイルス感染症</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>第1期初回（1回目・2回目・3回目）、追加</li> <li>第1期初回（1回目・2回目・3回目）、追加</li> <li>第2期</li> <li>第1期、第2期</li> <li>第1期初回（1回目・2回目）、追加、第2期</li> <li>1回</li> <li>初回（1回目・2回目・3回目）、追加1回</li> <li>初回（1回目・2回目・3回目）、追加1回</li> <li>1回目・2回目・3回目</li> <li>1回目・2回目</li> <li>1回目・2回目・3回目</li> <li>1価 1回目・2回目</li> <li>5価 1回目・2回目・3回目</li> </ul>