

横手市長 様

横手市骨髓移植手術等に伴う予防接種の再接種に係る理由書

骨髓移植手術等により接種済みの予防接種の効果が期待できないため、再度予防接種を実施すべきと判断しますので理由書を提出します。

被接種者	住 所	秋田県横手市			
	(フリガナ)				
	氏 名	(男 ・ 女)			
	生年月日	年	月	日	(満 歳 ヶ月)
既に接種した予防接種の効果が期待できないと判断する理由		(疾病名) (該当理由) (予防接種不適當要因が生じた日) 年 月 日 (予防接種不適當要因が解消された日) 年 月 日			
今後実施する再予防接種 ※○をつけてください。			日本脳炎 (初回 1 回目)		H i b (初回 1 回目)
			日本脳炎 (初回 2 回目)		H i b (初回 2 回目)
	B型肝炎 (初回 1 回目)		日本脳炎 1 期追加		H i b (初回 3 回目)
	B型肝炎 (初回 2 回目)		日本脳炎 2 期		H i b 追加
	B型肝炎 追加		二種混合		不活化ポリオ (初回 1 回目)
	小児用肺炎球菌 (初回 1 回目)		水痘 1 回目		不活化ポリオ (初回 2 回目)
	小児用肺炎球菌 (初回 2 回目)		水痘 2 回目		不活化ポリオ (初回 3 回目)
	小児用肺炎球菌 (初回 3 回目)		おたふく 1 回目		不活化ポリオ 追加
	小児用肺炎球菌 追加		HPV (1 回目)		風しん 1 期
	五種混合 (初回 1 回目)		HPV (2 回目)		風しん 2 期
	五種混合 (初回 2 回目)		HPV (3 回目)		麻しん 1 期
	五種混合 (初回 3 回目)		三種混合 (初回 1 回目)		麻しん 2 期
	五種混合 追加		三種混合 (初回 2 回目)		
	MR 1 期 (麻しん・風しん)		三種混合 (初回 3 回目)		
	MR 2 期 (麻しん・風しん)		三種混合 追加		
医療機関名 : 医療機関所在地 : 医師名 _____ 電話番号 : (署名または記名押印)					
備 考					

この理由書は、横手市骨髓移植手術等に伴う予防接種再接種対象者に該当するか、助成する予防接種の種類・回数を判断することを目的としています。このことを理解の上、本理由書が市町村に報告されることに同意します。

氏名 (本人または保護者の自署)

(被接種者が 18 歳未満の方は保護者が自署してください。)