様式第２号（第６条関係）

医　師　意　見　書

年　月　日

　　水戸市長　様

医療機関所在地

医療機関名称

医師署名又は記名押印

電話番号

　　骨髄移植その他の医療行為により，下記のとおり接種を受けた定期予防接種の予防効果が期待できないため，再接種の必要があると判断します。

　　なお，再接種の必要性及び副反応については，十分に説明しています。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住　　　　所 |  |
| （フリガナ）  氏　　　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 接種を受けた定期予防接種の効果が期待できないと判断する理由 | |  |
| 再接種を受ける予防接種の疾病等  □にレを記入してください。 | | □　Ｈｉｂ感染症　※10歳未満  （□１回目・□２回目・□３回目・□追加） |
| □　肺炎球菌感染症（小児がかかるものに限る。）  ※６歳未満  （□１回目・□２回目・□３回目・□追加） |
| □　Ｂ型肝炎  （□１回目・□２回目・□追加） |
| □　ジフテリア，百日せき，急性灰白髄炎，破傷風，Ｈｉｂ感染症（１期）　※15歳未満  （□１回目・□２回目・□３回目・□追加） |
|  | | □　ジフテリア，百日せき，急性灰白髄炎，破傷風（１期）  ※15歳未満  （□１回目・□２回目・□３回目・□追加） |
|  | | □　ジフテリア，破傷風（２期） |
|  | | □　急性灰白髄炎  （□１回目・□２回目・□３回目・□追加） |
|  | | □　結核　※４歳未満 |
|  | | □　水痘  （□１回目・□２回目） |
|  | | □　麻しん，風しん（１期） |
|  | | □　麻しん，風しん（２期） |
|  | | □　日本脳炎（１期）  （　□１回目・□２回目・□追加　） |
|  | | □　日本脳炎（２期） |
|  | | □　ヒトパピローマウイルス感染症  （□１回目・□２回目・□３回目　） |
|  | | □　その他 |