

北区定期予防接種再接種費用助成対象認定に係る医師意見書

年 月 日

（宛先）北区长

骨髄移植その他の理由により、下記のとおり接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないため、再接種が必要であり、接種が可能な状態と判断します。
 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

接種対象者	住 所			
	ふりがな			
	氏 名		性別	男 ・ 女
	生年月日	年	月	日（満 歳 か月）
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) (治療の経過等) (再接種が可能となった日) 年 月 日		
再接種を必要とする予防接種の種類 ※過去に受けている接種のみ対象です ※右端記載の年齢は再接種可能年齢です	Hib（ヒブ）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		10歳未満
	小児用肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		6歳未満
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
	四種混合(DPT-1PV)	第1期初回（1回目・2回目・3回目）・第1期追加		15歳未満
	三種混合(DPT)	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	不活化ポリオ(IPV)	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	BCG	1回目		4歳未満
	麻しん風しん混合(MR)	第1期・第2期・第3期・第4期		
	麻しん	第1期・第2期・第3期・第4期		
	風しん	第1期・第2期・第3期・第4期		
	水痘	1回目・2回目		
	日本脳炎	第1期初回（1回目・2回目）・第1期追加・第2期		
	二種混合(DT)2期	第2期		
ヒトパピローウイルス感染症	1回目・2回目・3回目			
医療機関名称				
医療機関所在地				
電話番号		医師氏名		