

第2号様式（第5条関係）

年 月 日

（宛先）昭島市長

骨髄移植等の医療行為により定期予防接種抗体を失った者の再接種に係る
意見書

骨髄移植後等の医療行為により過去に行った定期予防接種で得た抗体を失った下記の者
について、再度の接種が必要と判断し、意見書を提出します。

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、本人（保護者）より同意を
得ています。

（記入欄は裏面に続きます。）

被接種者	住 所	電話番号（ ）
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 （満 歳 箇月）
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 理由及び治療の経過 等		<p>（主治医記入欄）疾病の名称、その他必要な情報を記入してください。</p> <p>（疾病の名称）</p> <p>（治療の経過）</p> <p>① 移植を受けた日 年 月 日</p> <p>② 免疫抑制剤の使用状況</p> <p>③ その他特記事項</p>

