

申請日 年 月 日

都城市長 宛て

都城市骨髄移植等後のワクチン再接種に係る実施計画書・医師意見書

下記の者は、骨髄移植等の医療行為により、医療行為前に受けた定期予防接種及び任意予防接種で得ていた免疫が低下又は消失しているために再接種の実施が必要であると判断しましたので、保護者へ予防接種の必要性及び副反応について説明するとともに、再接種の実施計画書・医師意見書を作成しましたので提出します。

記

被接種予定者	(ふりがな) 氏名	(男・女)
	生年月日	年 月 日
	住所	TEL ()
疾病の治療状況	疾病名	
	移植	無・有 (治療開始日 年 月 日、)
	放射線治療	無・有 (治療開始日 年 月 日、)
	抗悪性腫瘍薬	無・有 (治療開始日 年 月 日、)
	その他 (免疫抑制剤の使用など)	
予防接種の実施が可能となった日		年 月 日
接種予定医療機関		(医療機関名)
上記のとおり、予防接種の実施について保護者とともに計画しましたので提出します。 年 月 日 医療機関名 所在地 医師名		

※予防接種実施予定医療機関と治療実施医療機関が異なる場合は、治療実施医療機関で本書面を作成してください。

再接種の実施計画

本計画は、書面作成時点のものであり、被接種者の体調に応じて変更することがあります。

実施予定の回数に○印を記入の上、実施予定年月を記入。接種後は、チェックボックスに印を記入	B型肝炎	1回目 （年 月）□	2回目 （年 月）□	3回目 （年 月）□		
	Hib	1回目 （年 月）□	2回目 （年 月）□	3回目 （年 月）□	追加 （年 月）□	
	PCV13	1回目 （年 月）□	2回目 （年 月）□	3回目 （年 月）□	追加 （年 月）□	
	DPT -IPV	1回目 （年 月）□	2回目 （年 月）□	3回目 （年 月）□	追加 （年 月）□	
	DPT	1回目 （年 月）□	2回目 （年 月）□	3回目 （年 月）□	追加 （年 月）□	
	DT	1回目 （年 月）□	2回目 （年 月）□	3回目 （年 月）□	追加 （年 月）□	追加2回目 （年 月）□
	IPV	1回目 （年 月）□	2回目 （年 月）□	3回目 （年 月）□	追加 （年 月）□	
	日本脳炎	1回目 （年 月）□	2回目 （年 月）□	追加 （年 月）□	追加2回目 （年 月）□	
	2価HPV	1回目 （年 月）□	2回目 （年 月）□	3回目 （年 月）□		
	4価HPV	1回目 （年 月）□	2回目 （年 月）□	3回目 （年 月）□		
	BCG	1回目 （年 月）□				
	MR	1回目 （年 月）□	2回目 （年 月）□			
	麻しん	1回目 （年 月）□	2回目 （年 月）□			
	風しん	1回目 （年 月）□	2回目 （年 月）□			
	水痘	1回目 （年 月）□	2回目 （年 月）□			

※ワクチンの組合せによっては、申請対象外となるものがあります。不明な場合は、都城市担当課までお尋ねください。