

主治医意見書

造血幹細胞移植等の医療行為により、次のとおり既に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します。

なお、再接種の必要性及び副反応等について十分に説明しています。

被 接 種 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	(元号) 年 月 日生
再接種を必要とする予防接種及び回数		
接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由		(疾病名)
		(理由) <input type="checkbox"/> 骨髄移植手術 <input type="checkbox"/> 免疫抑制療法 <input type="checkbox"/> その他 ()
主 治 医	医療機関名称 所在地 電話番号 主治医氏名 (署名 又は 記名押印)	⑩