

様式第2号（第6条関係）

湖南省造血幹細胞移植等による予防接種再接種に係る意見書

年 月 日

造血幹細胞移植等の医療行為により、接種済みの定期予防接種の免疫を失った者について、予防接種の再接種が可能な状態と認められると判断します。

なお、再接種の必要性及び副反応等については十分に説明し、本人（保護者）から同意を得ています。

被接種者	ふりがな	生年月日	年 月 日
	氏名	保護者氏名 ※被接種者が成人の場合は不要	
	湖南省		
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	(疾病の名称) (治療の経過) ※治療を受けた日、治療内容など		
再接種が可能となった日		年 月 日	
再接種を行う予防接種の種類	※該当箇所に○を付けてください。		
	B型肝炎	1回目	2回目 3回目
	ヒブ感染症	1回目	2回目 3回目 1期追加
	小児用肺炎球菌感染症	1回目	2回目 3回目 1期追加
	四種混合	1回目	2回目 3回目 1期追加
	二種混合（DT）		
	麻疹風疹混合（MR）	1期	2期
	水痘	1回目	2回目
	日本脳炎	1回目	2回目 1期追加 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 ワクチン名（ ）	（ ）（ ）（ ）		
その他 ワクチン名（ ）	（ ）（ ）（ ）		
意見書記入者	医療機関名 医療機関住所 医師氏名 電話番号		