様式第2号

尼崎市骨髄移植等後の予防接種の再接種に係る理由書

年　　月　　日

尼崎市長　様

骨髄移植等を行ったことにより、移植前に定期予防接種を通じて得られていた免疫が低下又は消失した者について予防接種の再接種が可能と認められることから、次のとおり理由書を提出します。
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ています。

接種対象者	住　所	尼崎市		
	氏　名	フリガナ	生年月日	年　　月　　日
接種済みの定期予防接種の免疫が低下又は消失したと判断する理由				
再接種が必要な予防接種（接種が必要なものに○をつけてください。）	Hib感染症：初回（1回目　・　2回目　・　3回目）・追加			
	小児の肺炎球菌感染症：初回（1回目　・　2回目　・　3回目）・追加			
	B型肝炎：1回目　・　2回目　・　3回目			
	四種混合：1期初回（1回目　・　2回目　・　3回目）　・　1期追加			
	三種混合：1期初回（1回目　・　2回目　・　3回目）　・　1期追加			
	二種混合：1期初回（1回目　・　2回目　・　3回目）　・　1期追加　・　2期			
	不活化ポリオ：1期初回（　1回目　・　2回目　・　3回目）　・　1期追加			
	麻しん・風しん混合（MR）：1期　・　2期			
	麻しん：1期　・　2期			
	風しん：1期　・　2期			
	水痘：1回目　・　2回目			
	日本脳炎：1期初回（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			
再接種が可能となった日	年　　月　　日			

記載年月日：　　年　　月　　日

医療機関名

医療機関所在地

電話番号　　　（　　　）　　　医師氏名　　　　印

※理由書作成にかかる注意事項

・当該理由書の発行にかかる費用については、尼崎市から費用助成の対象外となります。
・尼崎市から理由書の内容について医療機関に照会を行う場合がありますので、ご承いただきますようお願いします。