

江戸川区長 殿

江戸川区予防接種の再接種に関する対象者該当理由書

骨髄移植手術等の理由により、下記の者が既に接種済みの定期予防接種について、予防効果が期待できず、再接種が必要と判断しますので、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。

記

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 か月)
接種済みの予防接種の効果が期待できないと判断する理由			
再接種等が必要な 予防接種ワクチン の種類	ヒブ (Hib)	初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加	
	小児用肺炎球菌	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	
	三種混合 (DPT)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加	
	四種混合 (DPT-IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加	
	五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加	
	BCG		
	水痘	1回目・2回目	
	麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期・3期・4期・5期	
	日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目) ・1期追加・2期	
	二種混合 (DT)	2期	
	子宮頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目	
不活化ポリオ (IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加		
医療機関所在地 医療機関名 医師名			
備 考			