

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		(疾病名)	
		(該当理由)	
		(免疫消失の要因が生じた日)	年 月 日
		(予防接種が実施可能となった日)	年 月 日
再接種等が必要な 予防接種ワクチン の種類(該当する接 種、回数に○をつけ てください)	ヒブ (Hib)	1回目・2回目・3回目・追加	
	小児用肺炎球菌	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	1回目・2回目・3回目・追加	
	四種混合 (DPT-IPV) 1期	1回目・2回目・3回目・追加	
	五種混合 (DPT-IPV-Hib) 1期	1回目・2回目・3回目・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	1回目・2回目・3回目・追加	
医療機関所在地			
医療機関名			
医師名			
備 考			

※接種当時、予防接種法で定める子どもの定期予防接種として既に接種済みのものに限りません。

※一部のワクチンには上限年齢があります。