深谷市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種に係る理由書

深谷市長　　　　　　あて

医療機関　所在地

　　　　名称

　　　　電話番号

　　　　医師名

　　　　（署名又は記名押印）

　次の者は、造血細胞移植により定期の予防接種で得た免疫が低下し、又は消失したため、再接種する必要があり、この度、当該再接種が可能な状況と判断します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住所 | 深谷市 | |
| フリガナ |  | |
| 氏　　名 |  | |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | |
| 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 | 疾病名 |  | |
| 治療期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | |
| 移植の種類 | 骨髄移植・末梢血幹細胞移植・さい帯血移植 | |
| 移植実施日 | 年　　月　　日 | |
| 再接種を必要とする予防接種及び回数  ※再接種するものに〇をつけてください。 | DPT-IPV（ 1回目・2回目・3回目・追加） | | すべて |
| DPT（ 1回目・2回目・3回目・追加） | | すべて |
| 不活化ポリオ（ 1回目・2回目・3回目・追加） | | すべて |
| 麻しん風しん混合（ 1期・2期 ） | | すべて |
| 麻しん（単抗原）（ 1期・2期 ） | | すべて |
| 風しん（単抗原）（ 1期・2期 ） | | すべて |
| 日本脳炎（ 1期1回目・1期2回目・1期追加・2期 ） | | すべて |
| ヒブ（ 1回目・2回目・3回目・追加） | | すべて |
| 小児用肺炎球菌（1回目・2回目・3回目・追加） | | すべて |
| HPV（ 1回目・2回目・3回目 ） | | すべて |
| 水痘（ 1回目・2回目 ） | | すべて |
| B型肝炎（ 1回目・2回目・3回目） | | すべて |
| その他（　　　　　　　　　　　　　） | |  |