年 月 日

太宰府市長 殿

医療機関 所在地
 名称
 電話番号
 医師名
 (署名又は記名押印)

太宰府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

下記の者は、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る、この度、当該再接種が可能な状況と判断します。
 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	
	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○をつけて ください。	不活性ポリオ(IPV)	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	BCG	1回
	五種混合(DPT-IPV-Hib)	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
	三種混合(DPT)	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	二種混合(DT)	2期
	日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期
	麻しん風しん混合(MR)	1期・2期
	麻しん・風しん	1期・2期
	子宮頸がん予防(HPV)	1回目・2回目・3回目
	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
	水痘	1回目・2回目
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目