

骨髄移植等の医療行為に係る予防接種再接種に関する意見書

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

| 被接種者 | フリガナ 氏 名 | |
|----------------------|---|---|
| | 生年月日 | 年 月 日 |
| 現病歴(疾病名) | 骨髄移植手術又はその他の医療行為により、接種済みの定期予防接種の免疫が消失したと判断された理由を記入 | (記載例) 急性骨髄性白血病の治療で、令和●年●月に骨髄移植を実施したため。 |
| 今回再接種する予防接種の種類及び接種回数 | 意見書発行日から2年以内に接種できる予防接種及び回数を記入(予防接種の種類及び回数の上限は※1～6を参照) | (記載例) MR 1回、五種混合 2回 |
| 接種開始予定日 | | 年 月 日 |

◆この意見書は、発行日から2年間有効となります。

※1

定期接種(長期療養特例・コロナ特例を含む)として接種したものに限る。ただし、B型肝炎については、定期接種に代わり出生直後母子感染予防として接種したものを含む。また、海外で接種したもので、定期接種相当として扱ったものも含む。

※2

水痘は、H26.10.1以降の接種で1歳以上3歳未満での接種の回数。ただし、H26.10.1～H27.4.1の間の接種に限って生後36か月～生後60か月に至るまでの間の接種の回数も含む。

※3

B型肝炎は、H28.10.1以降の接種で1歳未満での接種の回数。

※4

ヒブは、H25.4.1以降の接種で5歳未満での接種回数。ただし、再接種の年齢によっては接種回数制限あり。

※5

小児肺炎球菌は、H25.4.1以降の接種で5歳未満での接種回数。ただし、再接種の年齢によっては接種回数制限あり。

※6

ヒトパピローマウイルスは、H25.4.1以降に接種した定期予防接種の接種回数。