

様式第2号（第4条関係）

羽村市長 あて

羽村市予防接種再接種費助成に関する医師の意見書

骨髄移植等の医療行為により、下記のとおり接種済みの予防接種の免疫が消失したため、再接種が必要であり、接種が可能な状態と判断します。

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

被接種者氏名	ふりがな	
生年月日（年齢）	年	月 日（満 歳 か月）
住所		
接種済みの予防接種の免疫が消失する要因となった疾病名及び治療内容等	疾病名	
	治療内容	
	再接種が可能となった日 年 月 日	
再接種を必要とする予防接種の種類	ヒブ	回
	小児用肺炎球菌	回
	B型肝炎	回
	四種混合	回
	不活化ポリオ	回
	麻しん風しん混合(MR)	回
	水痘	回
	日本脳炎	回
	二種混合	回
	子宮頸がん	回
その他（ ）	回	

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名