医　師　意　見　書

　次の者について、造血幹細胞の移植により接種した定期予防接種の効果が期待できないため、予防接種の再接種が必要と認めます。

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 下呂市 |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由 |  |
| 再接種を必要とする予防接種の種類 |  |
| 年　　　月　　　日  医療機関名  所在地  電話番号  医師氏名　　　　　　　　　　　　印  （署名又は記名押印） | |