

奈良市骨髄移植等予防接種再接種理由書

年 月 日

（宛先）奈良市長

骨髄移植等の医療行為により、接種済みの定期予防接種の抗体を失った下記の者について、予防接種の再接種が必要であると判断しますので理由書を提出します。

なお、再接種の必要性及び副反応については十分説明し、本人も了承しています。

再接種者 氏名 _____
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 （ _____ 歳 _____ か月）
住所 _____

再接種の理由 _____

再接種を申請する予防接種

ヒブ（Hib）	1回目	・	2回目	・	3回目	・	追加
小児用肺炎球菌	1回目	・	2回目	・	3回目	・	追加
B型肝炎	1回目	・	2回目	・	追加		
五種混合（DPT-IPV-Hib）	1回目	・	2回目	・	3回目	・	追加
四種混合（DPT-IPV）	1回目	・	2回目	・	3回目	・	追加
三種混合（DPT）	1回目	・	2回目	・	3回目	・	追加
ポリオ（IPV）	1回目	・	2回目	・	3回目	・	追加
日本脳炎	第1期（1回目	・	2回目	・	追加	）	・ 第2期
二種混合（DT）							
ヒトパピローウイルス感染症	1回目	・	2回目	・	追加		
麻しん風しん混合（MR）	第1期	・	第2期				
麻しん							
風しん							
水痘	1回目	・	2回目				

所在地 _____

医療機関名 _____

医師署名または記名押印 _____