

(元号) 年 月 日

## 医 師 意 見 書

次の者が、骨髄移植手術その他の医療行為により接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと判断し、再接種を必要とします。

被 接 種 者	住 所	名古屋市 区
	氏 名	
	生年月日	(元号) 年 月 日生
再接種を必要とする 予防接種及び回数		
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	疾病名	
	理由 <input type="checkbox"/> 骨髄移植手術 <input type="checkbox"/> 免疫抑制療法 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	上記理由の手術日又は治療終了日 年 月 日	
主 治 医	医療機関名称 所 在 地 電 話 番 号 主治医氏名 (署名)	