

令和 年 月 日

主治医意見書

次の者が、骨髄移植等の医療行為により免疫を失ったと判断し、再接種を必要とします。

被 接 種 者	住所	札幌市 区
	氏名	
	生年月日	平成・令和 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 ( )	
主治医	医療機関名称 所在地 電話番号  主治医氏名 (署名 又は 記名押印)	

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。