

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)	①

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。