第２様式（第５条関係）

多摩市長 殿

多摩市特別な理由による定期予防接種再接種に関する意見書

次の者は、特別な理由により、接種済みの定期予防接種の免疫の効果が低下し、又は消失し、疾病に対する予防の効果が期待できないため、次のとおり再度の予防接種が必要であると認めます。

<table>
<tr><td colspan="2">再接種者氏名（ふりがな）</td><td>（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">生年月日及び年齢</td><td>年　　月　　日生（　　歳　　か月）</td></tr>
<tr><td colspan="2">住所</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">定期予防接種による免疫の効果が低下し、又は消失した特別な理由</td><td>疾病名</td><td></td></tr>
<tr><td>治療内容</td><td></td></tr>
<tr><td>治療期間</td><td>年　月　日～　　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">定期予防接種を受けた後に免疫の効果が低下し、又は消失したワクチンのうち、再接種が必要な予防接種の種別及び回数</td><td>☐ ヒブ（　　回）
☐ 小児用肺炎球菌（　　回）
☐ ＢＣＧ（　　回）
☐ 四種混合（DPT-IPV）（　　回）
☐ 三種混合（DPT）（　　回）
☐ 不活化ポリオ（　　回）
☐ 麻しん風しん混合（MR）（　　回）
☐ 麻しん（　　回）
☐ 風しん（　　回）
☐ 日本脳炎（　　回）
☐ 二種混合（DT）（　　回）
☐ 子宮頸がん（　　回）
☐ 水痘（　　回）
☐ Ｂ型肝炎（　　回）
☐ ロタウイルス感染症（　　回）</td></tr>
<tr><td colspan="3">年　　月　　日
医療機関名
所　在　地
電 話 番 号
医　師　名　　印</td></tr>
</table>