

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。

再接種者氏名（ふりがな）		（ ）	
生年月日及び年齢		年 月 日生（ 歳 か月）	
住所			
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	疾 病 名		
	治 療 内 容		
	治 療 期 間	年 月 日～ 年 月 日	
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			
<input type="checkbox"/> ヒブ（ 回） <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌（ 回） <input type="checkbox"/> BCG（ 回） <input type="checkbox"/> 4種混合（DPT-IPV）（ 回） <input type="checkbox"/> 5種混合（DPT-IPV-Hib）（ 回） <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（MR）（ 回） <input type="checkbox"/> 日本脳炎（ 回） <input type="checkbox"/> 二種混合（DT）（ 回） <input type="checkbox"/> 子宮頸がん（ 回） <input type="checkbox"/> 水痘（ 回） <input type="checkbox"/> B型肝炎（ 回） <input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症（ 回）		<input type="checkbox"/> 3種混合（DPT）（ 回） <input type="checkbox"/> 麻しん（ 回） <input type="checkbox"/> 風しん（ 回） <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ（ 回）	
年 月 日		医療機関名 所在地 電話番号 医師名	
		印	