年　　月　　日

主治医意見書

骨髄移植その他医療行為により、接種済みの定期予防接種の効果が期待できない下記の者について、このたび予防接種が可能な状態となり、再接種が必要と判断します。なお、再接種の必要性および副反応については十分に説明し、本人（保護者）の了承を得ています。

<table>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">接種済みの予防接種の効果が期待できないと判断する理由及び治療等の経過</td><td>疾病名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="4">【造血幹細胞移植】（該当するものに☑）
□骨髄移植　　□末梢血幹細胞移植　　□さい帯血移植
●移植日　（　　年　　月　　日）
●特記事項（GVHDの有無、免疫抑制剤の使用状況等）
（　　）
【その他医療行為】（該当するものに☑）
□抗がん剤治療　□手術療法　□放射線療法　□免疫療法
□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>再接種が可能となった日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">再接種を行う予防接種</td><td colspan="2">種類</td><td colspan="2">回数</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="5">医療機関名：
医療機関所在地：　　医師氏名
電話番号：</td></tr>
</table>