

様式第 2 号

釧路市骨髄移植等の医療行為により免疫を失った者に対する
任意予防接種費用助成に関する医師意見書

年 月 日

釧路市長 あて

骨髄移植等の医療行為により，次のとおり既に接種を受けた定期接種の効果が期待できないと判断します。

なお，再接種の必要性及び副反応等について十分に説明しています。

接種対象者	フリガナ氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	
予防接種の計画		(今後予定している予防接種の種類、回数、接種時期など)
接種済みの定期接種の効果が期待できないと判断する理由		(疾病名) (治療方法、治療期間など)
医療機関	名称	
	所在地	電話番号
	主治医名 (診療科名)	() (署名又は記名押印)