

美咲町造血幹細胞移植等後の予防接種再接種費用助成対象者認定に係る意見書

年 月 日

美咲町長 殿

下記の者については、造血幹細胞移植等により、接種済みの定期予防接種により得られた免疫が低下又は消失したため、再接種が必要であると判断します。

なお、再接種の必要性及び副反応については、十分に説明し、本人も了承しています。

(ふりがな) 氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
受ける人の 住所					
接種済みの定期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の経過等	<p>(疾病の名称)</p> <p>(治療の経過)</p> <p>① 移植の有無（あり・なし） 移植を受けた日（ 年 月 日）</p> <p>② 免疫抑制剤の使用状況</p> <p>③ これまでの経過、その他の特記事項</p>				
再接種が必要と判断する予防接種 ※○を付けてください。	<p>ロタウイルス感染症 : 1回目・2回目・3回目</p> <p>B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目</p> <p>ヒブ : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加</p> <p>小児用肺炎球菌 : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加</p> <p>四種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加</p> <p>三種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加</p> <p>不活化ポリオ : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加</p> <p>二種混合 : 2期</p> <p>BCG : 1回</p> <p>MR : 1期・2期</p> <p>水痘 : 1回目・2回目</p> <p>日本脳炎 : 1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期</p> <p>子宮頸がん : 1回目・2回目・3回目</p>				
医療機関	<p>医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>電話番号</p> <p>医師の署名又は記名押印 _____</p>				