

様式第2号（第5条関係）

造血細胞移植等後定期予防接種ワクチン再接種対象者認定にかかる主治医意見書

造血細胞移植等により、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、この度、予防接種が可能な状態と認められると判断します。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ています。

フリガナ		生年月日
氏名		年 月 日生
住所		
接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由	造血細胞移植等の影響により、接種済みの予防接種の効果が期待できないため	
	(疾病の名称)	
	(治療内容等)	
再接種する予防接種の種類 再接種する予防接種に○を付ける	<ul style="list-style-type: none"> ・ BCG ・ ヒブ : 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ・ 小児用肺炎球菌 : 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ・ 4種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ・ 5種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ・ B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目 ・ 不活化ポリオ : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ・ 3種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ・ 2種混合 : 2期 ・ 麻しん風しん混合 : 1期・2期 ・ 水痘 : 1回目・2回目 ・ 日本脳炎 : 1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期 ・ HPV(子宮頸がん予防) : 1回目・2回目・3回目 	
記載年月日： 年 月 日		
医療機関名		
医療機関所在地		
電話番号 ()		
	医師氏名	(印)

※意見書作成に係る注意事項

- ・ この意見書の発行に費用が必要な場合は、助成の対象外ですので申請者の負担となります。
- ・ この意見書の内容について、泉大津市の担当課より個別に照会を行なう場合がありますのでご協力願います。
- ・ 再接種する予防接種で助成の対象になるのは、過去に定期接種として接種済みの予防接種のみとなります。
- ・ 再接種する予防接種は、任意接種となります。
- ・ 助成の対象となるのは、被接種者が20歳に達するまでに接種するものに限りです。