

造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成に関する医師の意見書

（あて先） みやま市長

下記の者については、移植前の定期予防接種にて得られていた免疫が、造血細胞移植によって失われたため、再接種が必要であると判断し、意見書を提出します。

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。

（ふりがな）	
氏 名	
生年月日	年 月 日
住 所	みやま市
疾 病 名	
移植を受けた日	年 月 日
再接種が可能となった日	年 月 日
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	（治療内容など）
再接種が必要な予防接種 ※○で囲んでください。	B型肝炎：1回目・2回目・3回目 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 五種混合：1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 四種混合：1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 三種混合：1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 MR：1期・2期 不活化ポリオ：（1回目・2回目・3回目・追加） 日本脳炎：1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期 麻しん：1期・2期 風しん：1期・2期 水痘：1回目・2回目 子宮頸がん：1回目・2回目 二種混合 BCG
医療機関	医療機関名 所 在 地 電 話 番 号 医師名（自署又は記名押印）

注意事項：この意見書の発行に費用が必要な場合は、申請者の負担となります。