

久御山町骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成に係る意見書

骨髄移植後等の医療行為により、接種済みの定期予防接種の抗体を失った下記の者については、再接種する必要があり、この度、当該再接種が可能な状態と判断します。

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、本人の了承を得ています。

氏名		男・女	生年月日	年	月	日
住所	(〒 —)					
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の経過等	<主治医記入欄> 疾病の名称、その他必要な情報を記入してください。 [疾病の名称] [治療の経過] ①移植を受けた日 ②GVHDの有無 ③免疫抑制剤の使用状況 ④その他特記事項					
再接種を行う 予防接種の種類 *該当する予防接種・接種回数を○で囲んでください。	<主治医記入欄>					
	ヒブ（インフルエンザ菌b型）		初回接種：1回目・2回目・3回目 / 追加接種			
	小児用肺炎球菌		初回接種：1回目・2回目・3回目 / 追加接種			
	B型肝炎		1回目 ・ 2回目 ・ 3回目			
	4種混合（DPT-IPV）		初回接種：1回目・2回目・3回目 / 追加接種			
	3種混合（DPT）		初回接種：1回目・2回目・3回目 / 追加接種			
	不活化ポリオ		初回接種：1回目・2回目・3回目 / 追加接種			
	BCG					
	麻しん風しん混合（MR）		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			
	2種混合（DT）【2期】					
	子宮頸がん		1回目 ・ 2回目 ・ 3回目			
接種予定医療機関	<主治医記入欄>					
	医療機関名					
*再接種を実施する予定の医療機関をご記入ください。	連絡先					
	紹介の有無（有り ・ 無し）					
医療機関名	記載年月日： 年 月 日					
医療機関所在地						
電話番号	()					
	医師氏名					印