

様式第2号（第5条関係）

造血幹細胞移植後等の再接種費支給認定に係る医師意見書

尾道市長 様

造血幹細胞移植手術等の医療行為により、接種済みの定期接種で得た免疫が低下又は消失した次の被接種者について、再接種が必要であり、かつ、この度予防接種の再接種が可能な状態と認められると判断し、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、被接種者又は保護者の了承を得ています。

被接種者	(ふりがな) 氏名	()	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
	現住所	〒 ー 尾道市		
再接種が必要となった理由	疾病の名称			
	治療内容 <input type="checkbox"/> 移植手術 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
造血幹細胞移植手術等実施日	年 月 日			
接種可能となった日	年 月 日			
依頼する予防接種の種類及び回数 ※該当項目に○ (複数選択可)	<ul style="list-style-type: none"> ・ B型肝炎 1回目・2回目・3回目 ・ 小児肺炎球菌 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 ・ ヒブ 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 ・ 四種混合 1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加 ・ 五種混合 1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加 ・ BCG ・ 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 ・ 二種混合 ・ 子宮頸がん(シルガード9) 1回目・2回目・3回目 ・ その他 () 			
医療機関所在地 医療機関名 電話番号	記載日 年 月 日			
医師名 (署名又は記名押印)				

注意事項

本意見書の発行に係る費用は支給対象外となり、被接種者の保護者又は本人の負担となります。

支給の対象となる予防接種は、定期接種として過去に接種を受けたものに限ります。

本意見書に基づき、再接種を行う予防接種は、任意接種となります。