様式第２号（第５条関係）

大木町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種に関する医師意見書

大木町長　様

造血細胞移植により、移植前に接種した定期予防接種ワクチンの免疫の消失の可能性が高く、ワクチンの再接種が必要であると認めるため、意見書を提出します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 氏　　名 |  | | |
| 住　　所 | 三潴郡大木町大字 | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日（満　　　歳　　　か月） | | |
| 保護者氏名 | |  | | |
| 再接種が必要な理由（移植の種類に〇） | | 造血細胞移植（骨髄移植・末梢血幹細胞移植・さい帯血移植）により、移植前に接種した予防接種の効果が期待できないため | | |
| 疾病名 | |  | | |
| 移植日 | | 年　　月　　日 | 接種が可能となった日 | 年　　月　　日 |
| 再接種が必要な  ワクチンの種類 | | * B型肝炎　　　：　１回目・２回目・３回目 * ヒブ　　　　　：　初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加 * 小児肺炎球菌　：　初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加 * 五種混合　　　：　初回接種（１回目・２回目・３回目）・１期追加 * 四種混合　　　：　初回接種（１回目・２回目・３回目）・１期追加 * 三種混合　　　：　初回接種（１回目・２回目・３回目）・１期追加 * ポリオ　　　　：　初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加 * 二種混合　　　：　２期 * BCG　　　　　：　１回 * 麻しん・風しん：　１期・２期 * 水痘　　　　　：　１回目・２回目 * 日本脳炎　　　：　初回接種（１回目・２回目）・１期追加・２期 * 子宮頸がん　　：　１回目・２回目・３回目 | | |
| 記載年月日　　　　　　年　　　月　　　日  医療機関名  所　在　地  電話番号  医師の署名または記名押印 | | | | |

* この様式は被接種者の病状を把握し、再接種の要否について判断した医師が記入してください。
* 意見書の発行に係る費用は、助成の対象にはなりません。