

様式第 2 号

村山市造血幹細胞移植等後のワクチン再接種に関する意見書

村山市長あて

下記被接種者に関して、造血幹細胞移植等により、接種済みの定期予防接種のワクチンの免疫が低下又は消失したため再度接種する必要があり、この度、当該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、本人も了承しています。

被接種者	フリガナ	生年月日
	氏名	平成・令和 年 月 日
	住所	
接種済の定期予防接種の効果が期待できないと判断する理由	(理由) (疾患名) (治療期間) 年 月 日 ~ 年 月 日	
再接種を要する 予防接種の種類 ※該当する項目に チェック及び○を つけてください	<input type="checkbox"/> 五種混合	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加接種
	<input type="checkbox"/> 三種混合	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加接種
	<input type="checkbox"/> 二種混合	2 期
	<input type="checkbox"/> ヒブ	初回接種 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加接種
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加接種
	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん	1 期・2 期
	<input type="checkbox"/> 麻しん	1 期・2 期
	<input type="checkbox"/> 風しん	1 期・2 期
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1 期初回 (1 回目・2 回目)・1 期追加接種・2 期
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回接種 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加接種
	<input type="checkbox"/> HPV	1 回目・2 回目・3 回目
	<input type="checkbox"/> 水痘	1 回目・2 回目
<input type="checkbox"/> B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目	
医療機関名及び所在地 電話番号		記載年月日： 年 月 日 医師名 (自署)

【注意事項】

- ・この意見書の発行にかかる費用は費用助成の対象外です。
- ・再接種する予防接種は任意接種であり、費用助成の対象となる予防接種は過去に定期予防接種として接種済みの予防接種に限ります。