

築上町造血細胞移植後の任意予防接種費用助成対象者認定に係る意見書

年 月 日

築上町長 宛て

下記の者については、造血細胞移植により、移植前に接種した定期予防接種により得られた免疫が低下又は消失したため、再接種が必要であると判断します。

なお、再接種の必要性及び副反応については、十分に説明しています。

記

(ふりがな)			
被接種者 氏 名			
生年月日	年 月 日	性別	男・女
受ける人の 住 所	築上町大字 番地		
疾 病 名			
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	造血細胞移植により、接種済みの予防接種の予防効果が期待できないため（治療内容など）		
再接種が必要と判断する予防接種 ※○を付けてください。	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 小児用肺炎球菌 : 初回接種（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 三種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 不活化ポリオ : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加 二種混合 : 2期 BCG : 1回 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 子宮頸がん : 1回目・2回目・3回目		
医療機関	医療機関名 所 在 地 電 話 番 号 医師の署名又は記名押印		