

定期予防接種再接種に係る意見書

骨髄移植、末梢血幹細胞移植、臍帯血移植その他の事由により、接種済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、再接種する必要がある、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。

対象者	ふりがな		男 ・ 女	生年月日
	氏名			年 月 日 (歳 ヶ月)
	住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ 川俣町		
接種済定期予防接種の 再接種が必要となった 事由	骨髄移植、末梢血幹細胞移植、臍帯血移植その他の事由により、接種済の予防接種の予防効果が期待できないため。			
	疾病の名称			
	治療内容等			
再接種を行う予防接種 の種類 ※該当する予防接種に ○を付けてください	<ul style="list-style-type: none"> ・ヒブ : 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ・小児肺炎球菌 : 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ・五種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ・三種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ・不活化ポリオ（単独） : 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ・結核（BCG） ・二種混合 : 2期 ・B型肝炎 : 1回目・2回目・追加 ・麻しん・風しん（MR） : 1期・2期 ・水痘 : 1回目・2回目 ・日本脳炎 : 1期（1回目・2回目・追加）・2期 ・子宮頸がん : 1回目・2回目・3回目 ・その他 () 			
医療機関名	記載年月日： 年 月 日			
医療機関所在地				
電話番号 ()	医師名		印	

【意見書作成に係る注意点】

- 1 この意見書の発行に係る費用は、費用助成の対象外です。
- 2 この意見書の内容について、町の担当課より個別に照会を行う場合がありますのでご了承ください。
- 3 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の予防接種に限ります。
- 4 この意見書により再接種する予防接種は、任意接種となります。