

阿南市長 宛て

阿南市骨髄移植等の理由による
任意予防接種費用助成金交付事業接種対象承認に関する医師意見書

骨髄移植等により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できない下記の者について、この度予防接種の再接種が可能な状態と判断しますので、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、十分に説明しています。

記

申請内容

接種 対象者	住 所	電話番号（ ）	
	(ふりがな) 氏 名	（ 男 ・ 女 ）	
	生年月日	年 月 日	（満 歳 か月）
再接種が必要な理由 (疾患名及び移植日も記載してください。)			
移植医療機関名			
予防接種の種類等 (※接種を希望するものに○を付けてください。)	BCG		
	不活化ポリオ (IPV)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 1 期追加	
	四種混合 (DPT-IPV)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 1 期追加	
	三種混合 (DPT)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 1 期追加	
	二種混合 (DT)	2 期	
	日本脳炎	1 期初回 (1 回目・2 回目) ・ 1 期追加・2 期	
	麻しん風しん混合 (MR)	1 期・2 期	
	麻しん	1 期・2 期	
	風しん	1 期・2 期	
	ヒトパピローマウイルス感染症	1 回目・2 回目・3 回目	
	Hib感染症	初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 追加	
	小児の肺炎球菌感染症	初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 追加	
	水痘	1 回目・2 回目	
B型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目		
意見書記載 医療機関	名称		
	所在地		
	電話番号		
	医師名 (署名又は記名押印)		

※この意見書の発行に費用が必要な場合は、費用助成対象外となりますので、申請者負担となります。