

花巻市特別の理由による予防接種の再接種に係る医師の意見書

造血幹細胞移植等により、下記の者が接種済みの定期の予防接種の効果が期待できないと認められることから再度接種する必要があり、この度当該再接種が可能な状態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、本人（保護者）も了承しています。

記

被接種者	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	住所			
接種済みの定期予防接種の再接種が必要となった理由		(疾病の名称) (治療内容) <input type="checkbox"/> 造血幹細胞移植手術 <input type="checkbox"/> 免疫抑制療法 <input type="checkbox"/> その他 ()		
再接種が可能となった日		年 月 日		
再接種が必要な予防接種の種類及び回数		五種混合	第1期初回（1回目 2回目 3回目） 第1期追加	
		四種混合	第1期初回（1回目 2回目 3回目） 第1期追加	
		二種混合	第2期	
		麻しん風しん混合	第1期 第2期	
		日本脳炎	第1期初回（1回目 2回目） 第1期追加 第2期	
		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	
		ヒトパピローマウイルス感染症	1回目 2回目 3回目	
その他		()		
医療機関名		年 月 日		
医療機関所在地				
電話番号				
		医師氏名		印

【意見書作成に係る注意事項】

- ・この意見書の発行に係る費用（文書料、抗体検査料等）は、助成の対象外です。
- ・この意見書の内容について、花巻市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。
- ・再接種をする予防接種で費用助成の対象となる予防接種は、造血幹細胞移植等の前に定期の予防接種として接種済みの予防接種に限ります。
- ・再接種する予防接種は、任意接種となります。