

別記様式第2号（第5条関係）

廿日市市骨髓移植患者等の再接種費用助成事業対象認定に係る医師意見書

廿 日 市 市 長 様

下記の被接種者について、骨髓移植手術等の医療行為により、定期予防接種の効果が期待できない次の者について、この度、予防接種の再接種が可能な状態と認められると判断し、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。

被 接 種 者	住 所	廿日市市
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
再接種が必要となった 疾病名と治療内容	疾病名	
	治療内容	☐ 骨髓移植手術 ☐ その他（ ）
骨髓移植等実施日	年 月 日	
接種可能となった日	年 月 日	
再接種を必要とする 予防接種の種類	☐ インフルエンザ菌b型(Hib) 【1回目・2回目・3回目・追加】 ☐ 小児肺炎球菌 【1回目・2回目・3回目・追加】 ☐ B型肝炎(HBV) 【1回目・2回目・3回目】 ☐ 四種混合(DPT-IPV) 【1期初回 1回目・2回目・3回目・1期追加】 ☐ 麻しん・風しん(MR) 【1期・2期】 ☐ 水痘(水ぼうそう) 【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】 ☐ 二種混合(DT) ☐ ヒトパピローマウイルス(HPV) 【1回目・2回目・3回目】	
記載日 年 月 日 医療機関名 所在地 電話番号 医師名 (署名又は記名押印)		

【注意事項】

- 1 本意見書の発行に係わる費用は助成対象外となり、被接種者の保護者または本人の負担となります。
- 2 助成の対象は、定期予防接種として過去に接種を受けたものに限りします。
- 3 本意見書に基づき再接種する予防接種は、任意接種となります。