

軽米町長 様

軽米町特別の理由による予防接種再接種に係る医師の意見書

下記の者は造血幹細胞移植を受けた等特別の理由により、過去に接種した定期予防接種の効果が期待できないため、再度これらの予防接種を実施する必要がある事を認めます。また、再接種の必要性及び副反応については十分に説明し、被接種者又はその保護者も了承しています。

記

対象者	フリガナ氏名				
	住所				
	生年月日	年 月 日	性別	男・女	
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) ☐ 造血幹細胞移植手術 ☐ 免疫抑制療法 ☐ その他 ()			
接種が必要な予防接種の接種及び回数		5種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
		4種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
		2種混合	2期		
		麻しん風しん混合	1期・2期		
		日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期		
		Hib感染症	1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
		小児の肺炎球菌感染症	1期初回（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		
		子宮頸がん	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、照会を行う場合がありますのでご了承ください。
- ・助成の対象となる予防接種は、造血幹細胞移植等を受けるまでに定期接種として接種済みの予防接種に限ります。
- ・この助成により、再接種する予防接種は任意接種となります。