むつ市再接種費用助成に係る意見書

造血幹細胞移植等の医療行為により、接種済の定期予防接種の抗体を失った下記の者については、再度接種する必要があると判断し、この度、当該再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、保護者（または被接種者）も了承しています。

(ふりがな) 氏名	()	生年月日	年 月 日	性別	男・女
住所	〒				
接種済の予防接種の効果が期待できないと判断する理由及び治療の経過等	<p>【主治医記入欄】※疾病の名称、その他必要な情報を記入してください。</p> <p>〈疾病の名称〉</p> <p>〈治療の経過〉</p> <p>①移植等を受けた日 年 月 日</p> <p>②GVHDの有無</p> <p>③免疫抑制剤の使用状況</p> <p>④その他の特記事項</p>				
再接種を行う 予防接種の種類 ※該当する予防接種を○で囲んでください。	<p>(主治医記入欄)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・BCG : 1回 ・Hib(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 ・B型肝炎 : 初回(1回目・2回目)・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 ・五種混合 : 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(MR) : 第1期・第2期 ・水痘 : 1回目・2回目 ・日本脳炎 : 第1期初回(1回目・2回目)・第1期追加・第2期 ・子宮頸がん : 1回目・2回目・3回目 ・不活化ポリオ(単独) : 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 				

(裏面)

<p>接種予定 医療機関 ※再接種を実施する 予定の医療機関を ご記入ください。</p>	<p>(主治医記入欄)</p> <p>医療機関名：</p> <p>電話番号：</p>
<p>(主治医記入欄)</p> <p>記載年月日： 年 月 日</p> <p>医療機関名：</p> <p>医療機関住所：〒</p> <p>電話番号：</p> <p>医師氏名： (印) (署名又は記名・押印)</p>	
<p>備考</p>	

【意見書作成に係る注意事項】

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、むつ市の担当者から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、造血幹細胞移植等の医療行為を受けるまでに定期予防接種として接種済のものに限ります。
4. この申請による予防接種は、任意接種となります。