

三原市長様

## 三原市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成対象認定に係る医師意見書

骨髄移植手術等の医療行為により、接種済みの定期接種で得た免疫が低下又は消失した、次の接種対象者について、再接種が必要であると判断しますので、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。

接種対象者	住 所	
	氏 名	フリガナ
	生年月日	年 月 日（ 歳 か月）
再接種が必要となった 疾病の名称と治療内容	疾病の名称	
	治療内容	<input type="checkbox"/> 骨髄移植手術等 <input type="checkbox"/> その他（ ）
骨髄移植手術等の医療行為 を受けた日又は期間		年 月 日 ～ 年 月 日
再接種が可能となった日		年 月 日
再接種を必要とする 予 防 接 種 の 種 類・回 数 (該当するものに☑と○)  (五種混合は15歳未満、 BCGは4歳未満、ヒブは 10歳未満、小児用肺炎球 菌は6歳未満が対象)	<input type="checkbox"/> H i b【1回目・2回目・3回目・追加】	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌【1回目・2回目・3回目・追加】	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎【1回目・2回目・3回目】	
	<input type="checkbox"/> 五種混合【1回目・2回目・3回目・追加】	
	<input type="checkbox"/> B C G	
	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合(MR)【1期・2期】	
	<input type="checkbox"/> 水痘【1回目・2回目】	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎【1期初回1回目・2回目・追加・2期】	
	<input type="checkbox"/> 二種混合	
<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症【1回目・2回目・3回目】		
<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ【1回目・2回目・3回目・追加】		
再接種予定医療機関	(医療機関名)	
医療機関名 所在地 電話番号		
	医師名	Ⓜ
	(署名又は記名押印)	

## ※意見書作成に係る注意事項

- ・本意見書の発行に係る費用は助成対象外となります。
- ・助成の対象となる予防接種は、定期接種として過去に接種を受けたものに限りします。
- ・三原市から本意見書の内容について、医療機関に照会を行う場合がありますので、ご了承くださいますようお願いいたします。