様式第2号（第５条関係）

年　　月　　日

長島町長　　　　　　様

骨髄移植等後のワクチン再接種費用助成事業に係る医師意見書

　下記の者は、骨髄移植等により接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと認められるため、当該予防接種が必要かつ可能な状態を判断します。

なお、再接種の必要性及び副反応については十分な説明を行い、本人又はその保護者も了承しています。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住所 | 出水郡長島町 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと判断する理由 | 疾病名 |  |
| 治療期間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
| 移植の種類 | 骨髄移植 ・ 末梢血幹細胞移植 ・ 臍帯血移植 |
| 移植実施日 | 年　　　月　　　日 |
| 再接種を必要とする予防接種及び回数  ※再接種するものに〇を付けてください。 | Ｈｉｂ | 初回（１回目・２回目・３回目）・追加 |
| 小児用肺炎球菌 | 初回（１回目・２回目・３回目）・追加 |
| B型肝炎 | １回目・２回目・３回目 |
| 五種混合（DPT-IPV-Hib） | １期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加 |
| 四種混合（DPT-IPV） | １期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加 |
| 三種混合（DPT） | １期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加 |
| 二種混合（DT） | ２期 |
| 不活化ポリオ（IPV） | １期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加 |
| BCG | １回 |
| MR（麻しん風しん） | １期・２期 |
| 麻しん | １期・２期 |
| 風しん | １期・２期 |
| 水痘 | 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 |
| HPV（ﾋﾄﾊﾟﾋﾟﾛｰﾏｳｲﾙｽ） | １回目・２回目・３回目 |
| 医療機関情報 | 名称  所在地  電話番号  医師氏名 | |

意見書作成に係る注意事項

１　この意見書の発行に費用が必要な場合は、費用補助の対象外ですので申請者の負担になります。

２　ご記入いただいた内容について、内容照会を行う場合がありますので、ご協力いただきますようお願いします。