

阿波市骨髄移植等（造血幹細胞移植）後の 再接種費用助成対象認定に関する医師意見書

骨髄移植等により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できない下記の者について、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、了承しています。

記

再接種 対象者	住 所	徳島県阿波市	
	(フリガナ) 氏 名		
	生年月日	年	月
(主治医記入欄) 再接種が必要な理由 及び治療の経過等		(疾病の名称) (治療の経過) ・ 移植を受けた日： 年 月 日 ・ これまでの経過や再接種が必要な理由、その他特記事項	
(主治医記入欄) 予防接種の種類等 (※接種を希望する のに○を付けてくだ さい。			
		B C G	1 回目
		不活化ポリオ (IPV)	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
		日本脳炎	1 期初回 (1 回目・2 回目) ・ 1 期追加・2 期
		麻しん風しん混合 (MR)	1 期・2 期・3 期・4 期
		麻しん	1 期・2 期・3 期・4 期
		風しん	1 期・2 期・3 期・4 期
		子宮頸がん予防 (HPV)	1 回目・2 回目・3 回目
		ヒブ (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
		水痘	1 回目・2 回目
		B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目
		ロタウイルス	1 回目・2 回目・3 回目
意見書記載 医療機関	名称 所在地 電話番号 医師名 (署名又は記名押印)		

※この意見書の発行に費用が必要な場合は、費用助成対象外のため申請者負担となります。