

様式第2号(第5条関係)

西都市長 様

西都市造血細胞移植後の任意予防接種費用助成に関する医師の意見書

下記の者については、造血細胞移植により、造血細胞移植前に接種した定期予防接種により得られた免疫が低下又は消失したため、任意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、任意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。

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	西都市		
疾病名			
移植を受けた日	年 月 日	再接種が可能となった日	年 月 日
免疫が低下又は消失したと判断する理由			
20歳までに任意接種する予防接種 ※当てはまる疾病に <input checked="" type="checkbox"/> を、回数に○をつけてください。(ヒブは10歳未満、小児用肺炎球菌は6歳未満、四種混合は15歳未満、BCGは4歳未満の者が対象となります。)	<input type="checkbox"/> B型肝炎(1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> ヒブ(初回1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌(初回1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> 四種混合(初回1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> 三種混合(初回1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> ポリオ(1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 二種混合(2期) <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん(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・1期追加・2期) <input type="checkbox"/> HPV(1回目・2回目・3回目)		
接種予定医療機関	(医療機関名) ※原則として移植を行った医療機関 移植を行った医療機関以外の場合 照会の有無(有り・無し)		
上記のとおり、定期予防接種の任意接種の実施について意見を提出します。 年 月 日 医療機関名 所在地 電話番号 担当医師名			