

(表)

様式第2号 (第6条関係)

造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種に関する医師意見書

年 月 日

杉戸町長 あて

下記の者は、造血細胞移植により、定期の予防接種で得た免疫が低下し、又は消失したため、再接種の実施が可能な状態と認められたことから、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。

記

接種 対象者	フリガナ		生年	年 月 日
	氏名		月日	
	住所	杉戸町		
疾病名				
治療内容		造血細胞移植 (実施日: 年 月 日)		
治療期間		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 種類及び 回数  ※該当する ものに○を つけてくだ さい。	ヒブ	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		
	四種混合	第1期初回 (1回目 2回目 3回目) 第1期追加		
	三種混合	第1期初回 (1回目 2回目 3回目) 第1期追加		
	不活化ポリオ	初回 (1回目 2回目 3回目) 追加		
	BCG	1回		
	麻しん風しん混合	1回目 2回目		
	麻しん	1回目 2回目		
	風しん	1回目 2回目		
	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		
	二種混合	第2期		
子宮頸がん	1回目 2回目 3回目			
医療機関	医療機関名			
	所在地			
	電話番号			
	主治医氏名			

※裏面の意見書作成に係る注意事項をご覧のうえ、作成をお願いします。

(裏)

【意見書作成に係る注意事項】

- 1 この意見書の発行に当たり費用が発生する場合（文書料、抗体検査料等）は、接種対象者又は保護者の負担となります。
- 2 再接種は、任意接種となります。
- 3 接種対象者への助成金の交付対象となる造血細胞移植は、骨髄移植、末梢血幹細胞移植及びさい帯血移植です。
- 4 接種対象者への助成金の交付対象となる予防接種は、造血細胞移植の前に接種した定期の予防接種と同種のものに限ります。  
また、長期療養の特例に年齢制限が設けられている予防接種は、その年齢に達するまでに再接種したものに限りませす。  
定期の予防接種で実施していない予防接種については、助成金の対象となりませす。
- 5 再接種の必要性や副反応については、接種対象者又は保護者に十分にご説明ください。
- 6 接種対象者又は保護者への助成金の交付決定の審査において必要が生じた場合には、意見書をご記入いただいた医師に必要事項の確認をさせていただくことがございますので、あらかじめご了承ください。