

造血幹細胞移植等後の任意予防接種費用助成に係る意見書

造血幹細胞移植又は化学療法により、下記のとおり接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないため、再接種が必要であり、この度、当該接種が可能な状態と判断します。  
 なお、再接種の必要性及び副反応については十分に説明し、本人も了承しています。

記

|                                       |      |  |          |            |
|---------------------------------------|------|--|----------|------------|
| 接種<br>対象者                             | フリガナ |  | 生年<br>月日 | 年 月 日<br>歳 |
|                                       | 氏名   |  |          |            |
|                                       | 住所   |  |          |            |
| 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          |      | (疾病の名称)<br><br>(治療の経過等)  |          |            |
| 再接種が可能となった日                           |      | 年 月 日  |          |            |
| 再接種が必要な予防接種<br><br>※接種が必要なものに○をつけて下さい |      | ・B型肝炎 :1回目・2回目・3回目<br>・ヒブ :初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加<br>・小児肺炎球菌 :初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加<br>・五種混合 :初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加<br>・四種混合 :1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加<br>・三種混合 :1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加<br>・不活性ポリオ(単独) :初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加<br>・BCG :1回目<br>・麻しん・風しん(MR) :1期・2期<br>・水痘 :1回目・2回目<br>・日本脳炎 :1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期<br>・二種混合(DT) :第2期<br>・子宮頸がん :1回目・2回目・3回目<br>・その他( ) |          |            |
| 医療機関名                                 |      |  |          |            |
| 医療機関所在地                               |      |  |          |            |
| 電話番号                                  |      | 医師名  |          | 印          |

【意見書作成に係る注意事項】

- ・この意見書の発行にかかる費用は、費用助成の対象外です。
- ・この意見書の内容について、新庄市の担当課より照会を行う場合がありますのでご了承願います。
- ・再接種する予防接種で費用助成の対象となる予防接種は、過去に定期予防接種として接種済みの予防接種に限ります。
- ・再接種する予防接種は、任意接種となります。