

高島市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成認定に係る意見書

年 月 日

骨髄移植後等の医療行為により、接種済みの定期予防接種の抗体を失った下記の者について、このたび、予防接種の再接種が可能な状態を認められると判断します。

なお、再接種の必要性および副反応については十分に説明し、本人(保護者)より同意を得ています。

ふりがな 氏名	保護者氏名	生年月日				
		年	月	日生		
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および治療の経過等	(疾病の名称) (治療の経過) 治療を受けた日・治療内容など (再接種の必要性を判断するにあたり抗体検査の実施の有無) <input type="checkbox"/> 実施した <input type="checkbox"/> 実施していない					
※該当する定期予防接種にチェック☑、回数に○をつけてください。						
再接種を行う予防接種の種類	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目	2回目	3回目		
	<input type="checkbox"/> ヒブ感染症	1回目	2回目	3回目	1期追加	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌感染症	1回目	2回目	3回目	1期追加	
	<input type="checkbox"/> 四種混合	1回目	2回目	3回目	1期追加	
	<input type="checkbox"/> 二種混合(DT)	1回目				
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)	1期	2期			
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目	2回目			
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1回目	2回目	1期追加	2期	
	<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症	1回目	2回目	3回目		
	<input type="checkbox"/> その他 ワクチン名()	1回目	2回目	3回目		
意見書記入者	医療機関名 医療機関住所 電話番号 医師氏名					