

直方市長 様

直方市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用補助認定に係る意見書

下記の者について、骨髄移植等による造血幹細胞の移植（造血細胞移植）に起因する接種済みの定期予防接種の効果の低下又は消失が認められるため、当該予防接種の再接種が可能かつ必要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、十分に説明しています。

記

ふりがな 氏名	生年月日		年 月 日
再接種が必要な理由	(疾病の名称)  (治療の内容)		
20歳までに再接種する予防接種 ※○を付けてください ※四種混合は15歳 BCGは4歳 ヒブは10歳 小児用肺炎球菌は6歳 に達するまでの間を対象となります	※再接種が必要と判断する予防接種を○で囲んでください。		
	四種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	三種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	二種混合	2期	
	不活化ポリオ	初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加	
	MR（麻しん風しん）	1期・2期	
	日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期	
	BCG	1回	
	ヒブ	初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加	
	小児用肺炎球菌	初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加	
	子宮頸がん	1回目・2回目・3回目	
	水痘	1回目・2回目	
B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
医療機関	医療機関名 医療機関所在地 電話番号 <span style="float: right;">医師氏名</span>		

※意見書作成に係る注意事項

- (1) この意見書の発行に費用が必要な場合は、費用補助の対象外ですので申請者の負担となります。(補助対象外)
- (2) ご記入いただいた内容につきまして、直方市の担当課より個別に内容照会を行う場合がありますので、ご協力いただきますようお願いします。
- (3) 補助の対象となる予防接種は、過去に受けた定期予防接種と同じ種類のワクチンを接種する予防接種です。