

(別添)

### 造血幹細胞移植によるワクチン再接種に係る意見書

造血幹細胞移植により、接種済みの定期予防接種のワクチンの免疫が低下又は消失したため、再度接種する必要がある、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。

・この意見書の発行に係る費用は、費用助成の対象外です。

対象者	フリガナ		男	生年月日
	氏名		女	年 月 日
	住所	(〒 - )		
	電話番号			
接種済の定期予防接種の再接種が必要となった理由	造血幹細胞移植により、接種済みの予防接種の予防効果が期待できないため (疾病の名称) (治療内容等)			
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 ※接種が必要なものに ○をつけてください	・B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目 ・ヒブ : 初回接種 ( 1回目・2回目・3回目 ) ・追加接種 ・小児肺炎球菌 : 初回接種 ( 1回目・2回目・3回目 ) ・追加接種 ・5種混合 : 1期初回 ( 1回目・2回目・3回目 ) ・追加接種 ・4種混合 : 1期初回 ( 1回目・2回目・3回目 ) ・追加接種 ・3種混合 : 1期初回 ( 1回目・2回目・3回目 ) ・追加接種 ・ジフテリア及び破傷風 : 2期 ・不活化ポリオ : 初回接種 ( 1回目・2回目・3回目 ) ・追加接種 ・麻しん風しん混合 : 1期・2期 ・水痘 : 1回目・2回目 ・日本脳炎 : 1期初回 ( 1回目・2回目 ) ・1期追加・2期 ・HPV ( 2価又は4価 ) : 1回目・2回目・3回目 ・HPV ( 9価 ) : 1回目・2回目・3回目 ・その他 ( )			
記載年月日 :	年 月 日			
医療機関名 :				
医療機関所在地 :				
電話番号 :	( )	医師氏名 :	(自署又は記名押印)	

- ・この意見書の発行に係る費用は、費用助成の対象外です。
- ・この意見書の内容について、町の担当課より個別に照会を行う場合があります。
- ・助成の対象となる再接種は、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。