

大山崎町骨髄移植後等の予防接種再接種費助成に係る医師意見書

骨髄移植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、この度、予防接種の再接種が可能な状態と認められると判断します。

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。

対象者名		生年月日																							
住　所		保護者名																							
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及び治療の経過等	＊疾病の名称、その他必要な情報を記入してください。 （疾病の名称） （治療の経過） ①　骨髄移植を受けた日　　　　　　　年　　　月　　　日 ②　GVHDの有無 ③　免疫抑制剤の使用状況 ④　その他特記事項																								
再接種を行う予防接種の種類 （○で囲んでください）	<table><tbody><tr><td>・BCG</td><td>: 1回</td></tr><tr><td>・ヒブ</td><td>: 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種</td></tr><tr><td>・小児肺炎球菌</td><td>: 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種</td></tr><tr><td>・B型肝炎</td><td>: 1回目・2回目・3回目</td></tr><tr><td>・ジフテリア・百日せき破傷風・ポリオ</td><td>: 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種</td></tr><tr><td>・ジフテリア・破傷風</td><td>: 2期</td></tr><tr><td>・不活化ポリオ（単独）</td><td>: 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種</td></tr><tr><td>・麻しん・風しん（MR）</td><td>: 1期　2期</td></tr><tr><td>・水痘</td><td>: 1回目・2回目</td></tr><tr><td>・日本脳炎</td><td>: 1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期</td></tr><tr><td>・子宮頸がん</td><td>: 1回目・2回目・3回目</td></tr></tbody></table>			・BCG	: 1回	・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	・B型肝炎	: 1回目・2回目・3回目	・ジフテリア・百日せき破傷風・ポリオ	: 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種	・ジフテリア・破傷風	: 2期	・不活化ポリオ（単独）	: 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種	・麻しん・風しん（MR）	: 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	・子宮頸がん	: 1回目・2回目・3回目
・BCG	: 1回																								
・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																								
・B型肝炎	: 1回目・2回目・3回目																								
・ジフテリア・百日せき破傷風・ポリオ	: 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種																								
・ジフテリア・破傷風	: 2期																								
・不活化ポリオ（単独）	: 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種																								
・麻しん・風しん（MR）	: 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																								
・子宮頸がん	: 1回目・2回目・3回目																								
接種予定医療機関	医療機関名 住所 電話番号																								
医療機関名 住所 電話番号	記載年月日　　　　　年　　　月　　　日 医師氏名 印																								