

南部町定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象認定に係る医師意見書

骨髄移植等の医療行為により、接種済の定期予防接種の予防効果が期待できない下記の者について、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。

被 接 種 者	住 所	南部町
	ふりがな 氏 名	(男・女)
	生年月日	年 月 日
接種済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) (治療の経過) 骨髄移植を受けた日	年 月 日
再接種を行う 予防接種の種類 ○をつけてください	<ul style="list-style-type: none"> ・ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加) ・小児肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加) ・B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) ・4種混合 (1回目・2回目・3回目・追加) (ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ) ・2種混合 (2期) (ジフテリア・破傷風) ・不活化ポリオ (1回目・2回目・3回目・追加) ・BCG ・麻しん風しん (1期・2期) ・水痘 (1回目・2回目) ・日本脳炎 (1回目・2回目・追加・2期) ・子宮頸がんワクチン (1回目・2回目・3回目) 	
接種医療機関	名 称 所 在 地	
医療機関名 所 在 地 電 話 番 号	記載年月日	年 月 日
	医 師 名 (署名又は記名押印)	