

(別記第 2 号様式)

(元号) 年 月 日

骨髄移植手術等の影響に伴う再接種に関する意見書

予防接種法第 5 条第 1 項に定める予防接種のうち、対象者がこれまでに定期予防接種として接種した予防接種で、骨髄移植手術等の影響により、接種済みの予防接種の予防効果が期待できないため、再度の接種が必要と判断しますので、意見書を提出します。

被接種者	住 所	
	(フリガナ) 氏 名	
	生年月日	年 月 日
骨髄移植手術等の実施日		年 月 日
病 名		
予防接種の種類、接種回数 ※該当するものに○	ヒブワクチン	初回 1 初回 2 初回 3 追加
	小児用肺炎球菌	初回 1 初回 2 初回 3 追加
	四種混合 D P T - I P V	初回 1 初回 2 初回 3 追加
	三種混合 D P T	初回 1 初回 2 初回 3 追加
	不活化ポリオ	初回 1 初回 2 初回 3 追加
	B C G	
	B 型肝炎	1 回目 2 回目 3 回目
	麻しん・風しん MR	I 期 II 期
	水痘	1 回目 2 回目
	日本脳炎	I 期初回 1 I 期初回 2 I 期追加 II 期
	二種混合 D T	
	H P V	1 回目 2 回目 3 回目
医療機関所在地 医療機関名 医師署名又は記名押印		
備考		

この意見書は、骨髄移植手術等の影響により、接種済みの予防接種の予防効果が期待できない者に対する定期接種の再接種にかかる費用の助成の対象に該当するかを判断することを目的としています。このことを理解の上、荒川区に報告されることに同意します。

保護者自署 _____