

高知市骨髄移植患者等予防接種ワクチン再接種助成事業に係る意見書

下記の者について、予防接種により得た疾病に対しての免疫の効果が骨髄移植等を受けたことにより低下又は消失したため、再接種が必要であると判断します。

記

再接種が 必要な者	フリガナ			
	住 所			
	フリガナ	生年月日	年 月 日（ 歳）	
	氏 名			
再接種が 必要な理由	理 由	予防接種により得た疾病に対しての免疫の効果が骨髄移植等を受けたことにより低下又は消失したと認められるため。		
	疾 病 名			
	治療内容			
	移植日若しくは手術日又は治療期間			
再接種を受けることが可能となった日	年 月 日			

(裏面)

再接種が必要なワクチンの種類

※ 該当するものに○をしてください。

B型肝炎 1回目	BCG
B型肝炎 2回目	麻しん・風しん(MR) 1期
B型肝炎 3回目	麻しん・風しん(MR) 2期
ヒブ感染症 1回目	水痘 1回目
ヒブ感染症 2回目	水痘 2回目
ヒブ感染症 3回目	日本脳炎 1期初回1回目
ヒブ感染症 追加	日本脳炎 1期初回2回目
小児肺炎球菌 初回1回目	日本脳炎 1期追加
小児肺炎球菌 初回2回目	日本脳炎 2期
小児肺炎球菌 初回3回目	2種混合(DT) 2期
小児肺炎球菌 追加	子宮頸がん(ヒトパピローマウイルス感染症) 1回目
4種混合(DPT-IPV) 初回1回目	子宮頸がん(ヒトパピローマウイルス感染症) 2回目
4種混合(DPT-IPV) 初回2回目	子宮頸がん(ヒトパピローマウイルス感染症) 3回目
4種混合(DPT-IPV) 初回3回目	不活化ポリオ 初回1回目
4種混合(DPT-IPV) 追加	不活化ポリオ 初回2回目
3種混合(DPT) 初回1回目	不活化ポリオ 初回3回目
3種混合(DPT) 初回2回目	不活化ポリオ 追加
3種混合(DPT) 初回3回目	
3種混合(DPT) 追加	

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：

備考

- 1 この意見書の発行に係る費用は、この事業による助成の対象となりません。
- 2 この意見書の内容について、本市の担当課から個別に照会を行う場合がありますので、ご協力をお願いします。