

近江八幡市造血幹細胞移植後の予防接種再接種に係る意見書

近江八幡市長 宛

下記の者については、造血幹細胞移植により、その移植前に受けた定期予防接種で得た抗体が失われたため、予防接種の再接種が必要であると判断しますので、近江八幡市造血幹細胞移植後の予防接種再接種費用助成金交付要綱第6条の規定により、意見書を提出します。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ています。

記

再接種を受けようとする者の住所・氏名・生年月日	住所 近江八幡市			
	氏名			
	平成・令和 年 月 日			
疾 病 名				
移植を受けた日				
再接種が可能となった日				
接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由				
再接種を行う予防接種の種類（※）	該当する定期予防接種に○をしてください。			
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目	2回目	3回目
	<input type="checkbox"/> 結核（BCG） ※4歳未満			
	<input type="checkbox"/> Hib感染症 ※10歳未満	1回目	2回目	3回目 1期追加
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌感染症 ※6歳未満	1回目	2回目	3回目 1期追加
	<input type="checkbox"/> 四種混合 ※15歳未満	1回目	2回目	3回目 1期追加
	<input type="checkbox"/> 二種混合（DT）			
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（MR）	1期	2期	
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目	2回目	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1回目	2回目	1期追加 2期
	<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症	1回目	2回目	3回目
<input type="checkbox"/> その他ワクチン（ ）	1回目	2回目	3回目	
上記のとおり、予防接種の実施について意見を提出します。	年 月 日			
	医療機関名			
	所在地			
	電話番号			
	医師の署名又は記名押印			

※ 造血幹細胞移植の前に受けた定期予防接種の種類に限る。