

世田谷区長 あて

## 骨髄移植等の医療行為による予防接種の免疫消失者に対する任意再接種に関する医師意見書

接種済みの定期予防接種の効果が期待できず、予防接種の再接種が必要であり、接種が可能な状態と判断します。

なお、再接種の必要性及び副反応については、被接種者及び保護者に十分に説明しています。

被接種者	(フリガナ) 氏名			
	生年月日	年	月	日 (満 歳 か月)
疾病名				
病状及び治療内容				
骨髄移植等実施日		年	月	日
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				
再接種が可能となった日		年	月	日
再接種を必要とする 予防接種の種類	ヒブ (Hib)	初回 ( 1 回目・2 回目・3 回目 )・追加		
	小児用肺炎球菌	初回 ( 1 回目・2 回目・3 回目 )・追加		
	B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目		
	四種混合 (DPT-IPV)	1 期初回 ( 1 回目・2 回目・3 回目 )・1 期追加		
	三種混合 (DPT)	1 期初回 ( 1 回目・2 回目・3 回目 )・1 期追加		
	二種混合 (DT)	2 期		
	B C G	1 回目		
	水痘	1 回目・2 回目		
	麻しん風しん混合 (MR)	1 期・2 期		
	風しん	1 期・2 期		
	麻しん	1 期・2 期		
	日本脳炎	1 期初回 ( 1 回目・2 回目 )・1 期追加・2 期		
	不活化ポリオ (IPV)	1 期初回 ( 1 回目・2 回目・3 回目 )・1 期追加		
	子宮頸がん予防 (HPV)	1 回目・2 回目・3 回目		
医療機関名 医療機関所在地 医師名 電話番号				
備考				

この意見書は、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できない者に対する再接種費用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、本意見書が世田谷区に報告されることに同意します。

申請者（被接種者の保護者）氏名