

篠栗町長 様

年 月 日

篠栗町造血細胞移植等医療行為後の任意予防接種費用助成事業に係る医師の意見書

下記の者について、造血細胞移植等医療行為に起因する接種済みの定期予防接種の効果の低下又は消失が認められるため、当該予防接種の再接種が可能かつ必要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、十分に説明しています。

記

ふりがな 被接種者 氏名			生年月日	年 月 日
再接種が 必要な理由	(疾病の名称) (治療の内容)			
予 防 接 種 の 種 類	※再接種が必要と判断する予防接種に☑をしてください			
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目		
	<input type="checkbox"/> ヒブ	初回(<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目)・ <input type="checkbox"/> 追加		
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回(<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目)・ <input type="checkbox"/> 追加		
	<input type="checkbox"/> 四種混合	1期初回(<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目)・ <input type="checkbox"/> 1期追加		
	<input type="checkbox"/> 三種混合	1期初回(<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目)・ <input type="checkbox"/> 1期追加		
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	初回(<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目)・ <input type="checkbox"/> 追加		
	<input type="checkbox"/> 二種混合	<input type="checkbox"/> 2期		
	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 1回		
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)	<input type="checkbox"/> 1期・ <input type="checkbox"/> 2期		
	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目		
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回(<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目)・ <input type="checkbox"/> 1期追加・ <input type="checkbox"/> 2期		
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防(HPV)	<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目		
医療機関	医療機関名 医療機関所在地 電話() 医師氏名(自筆)			

※意見書作成に係る注意事項

- (1) この意見書の発行に費用が必要な場合は、費用助成の対象外ですので申請者の負担となります(助成対象外)。
- (2) 記入いただいた内容につきまして、篠栗町の担当課より個別に内容照会を行う場合がありますので、御協力いただきますようお願いいたします。
- (3) 助成の対象となる予防接種は、過去に受けた定期予防接種と同じ種類のワクチンを接種する予防接種です。