

医師の意見書

（筑後市造血細胞移植後予防接種費用助成金に係る意見書）

筑後市長 様

(ふりがな)			
被接種者氏名			
生年月日	年 月 日	性別	男・女
被接種者住所			
疾病名			
移植を受けた日	年 月 日	再接種が可能となった日	年 月 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			
20歳までに再接種する必要のある予防接種（該当するものに○）	B型肝炎（1回目・2回目・3回目） ヒブ（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） 5種混合（1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加） 4種混合（1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加） 2種混合（2期） 水痘（1回目・2回目） BCG MR（1期・2期） 日本脳炎（1期初回1回目・2回目・1期追加・2期） 子宮頸がん（1回目・2回目・3回目）		
接種予定医療機関	（医療機関名） <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> ※移植を行った医療機関の場合 <input checked="" type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> ※移植を行った医療機関以外の場合 紹介の有無（有り ・ 無し）		
上記の者は、造血細胞移植により、移植前に接種した定期予防接種によって得られた免疫が低下又は消失したため、ワクチンの再接種が必要であると判断しますので、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。 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。			
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 _____		