

様式第1号（第5条関係）

延岡市骨髄移植等後のワクチン再接種に係る医師意見書

延岡市長 宛て

下記の者は、骨髄移植等の医療行為により、医療行為前に受けた定期予防接種により得られた免疫が低下又は消失しているために再接種の実施が必要であると判断しますので、骨髄移植等後のワクチン再接種費用助成事業要綱第5条の規定により、意見書を提出します。

保護者に対して、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。

| | | |
|--|--|---------------------|
| 再接種を受ける人 | (ふりがな) 氏名 | () |
| | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 住所 | 延岡市 |
| 疾病の治療状況 | 疾病名 | |
| | 骨髄移植 | 無 ・ 有 (治療開始日 年 月 日) |
| | 放射線治療 | 無 ・ 有 (治療開始日 年 月 日) |
| | 抗悪性腫瘍薬 | 無 ・ 有 (治療開始日 年 月 日) |
| | その他(免疫抑制剤の使用など) | |
| 予防接種の実施が可能となった日 | | 年 月 日 |
| 再接種が必要な 予防接種 ※○をつけてください ※4種混合は15歳未満 BCGは4歳未満 ヒブは10歳未満 小児用肺炎球菌は6歳未満 が対象です。 | 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） 4種混合（1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加） 3種混合（1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加） 不活化ポリオ（1回目・2回目・3回目・追加） BCG 麻しん風しん（1期・2期） 日本脳炎（1期初回1回目・2回目・1期追加・2期） 2種混合（2期） 水痘（1回目・2回目） | |
| 接種予定 医療機関 | (医療機関名) ※原則として骨髄移植等を行った医療機関 | |
| 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 | | |

※接種予定医療機関と治療実施医療機関が異なる場合は、
治療実施医療機関で本書面を作成してください。