

新宮町長 様

造血細胞移植その他の医療行為前に接種した法に基づく定期予防接種の予防効果が
期待できないと判断した医師の意見書

下記の者について、造血細胞移植その他の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 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)			
治療期間	年 月 日	～	年 月 日	
再接種可能日	年 月 日			
予 防 接 種 の 種 類	※希望する予防接種を○で囲んでください。			
	ロタウイルス	1 回目・2 回目・3 回目		
	ヒブ	初回接種（1 回目・2 回目・3 回目）・追加		
	小児用肺炎球菌	初回接種（1 回目・2 回目・3 回目）・追加		
	B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目		
	五種混合	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・I 期追加		
	三種混合	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・I 期追加		
	不活化ポリオ	初回接種（1 回目・2 回目・3 回目）・追加		
	二種混合	2 期		
	BCG	1 回		
	MR	1 期・2 期		
	水痘	1 回目・2 回目		
	日本脳炎	1 期初回（1 回目・2 回目）・I 期追加・2 期		
	子宮頸がん	1 回目・2 回目・3 回目		
医療機関	医療機関名 医療機関所在地 電話番号 医師氏名			

※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)御記入いただいた内容につきまして、新宮町の担当課から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。