

野洲市骨髄移植後等予防接種再接種費用助成に係る意見書

予防接種により得た免疫が骨髄移植等の医療行為によって、低下又は消失した下記の者について、この度、予防接種の再接種が可能な状態と認められると判断します。

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、本人（保護者）より同意を得ています。

ふりがな	生年月日	保護者氏名 ※被接種者が成人の場合は、不要
被接種者	年 月 日	
住所		
接種済みの 予防接種の 効果が期待 できないと 判断する理 由及び治療 の経過等	疾病の名称、その他必要な情報を記入してください。 (疾病の名称)  (治療の経過) ① 治療を受けた日 年 月 日 ② 骨髄移植後の場合、GVHDの有無  ③ 骨髄移植後の場合、免疫抑制剤の使用状況  ④ その他特記事項	
再接種を行 う予防接種 の種類	<input type="checkbox"/> B 型 肝 炎	1回目・2回目・3回目
	<input type="checkbox"/> ヒ ブ 感 染 症	初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	<input type="checkbox"/> 小 児 用 肺 炎 球 菌	初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	<input type="checkbox"/> 四 種 混 合	初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	<input type="checkbox"/> 二 種 混 合	2期
	<input type="checkbox"/> 麻 し ん 風 し ん 混 合	1期・2期
	<input type="checkbox"/> 水 痘	1回目・2回目
	<input type="checkbox"/> 日 本 脳 炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期
	<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症	1回目・2回目・3回目
	<input type="checkbox"/> そ の 他 の ワ ク チ ン ( )	1回目・2回目・3回目
<input type="checkbox"/> そ の 他 の ワ ク チ ン ( )	1回目・2回目・3回目	
接種予定 医療機関	医療機関名 所在地 紹介の有無 ( 有 ・ 無 )	
記入年月日： 年 月 日		
医 療 機 関 名		
医療機関所在地		
電 話 番 号		
医師氏名		