

様式第 3 号（第 6 条第 1 項関係）

白子町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成に関する医師の意見書

年 月 日

（宛先）白子町長

医療機関所在地  
医療機関名  
電話番号  
担当医師名

印

次の者は、造血細胞移植により、すでに接種を受けた定期の予防接種の効果が期待できないため、再度の予防接種が必要であることを証明します。

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、本人も了承しています。

|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |  |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--|
| 被<br>接<br>種<br>者                                    | 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |  |
|                                                     | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                |  |
|                                                     | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |  |
|                                                     | 生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 年 月 日生（満 歳 か月） |  |
| 接種済みの定期<br>予防接種の効果が<br>期待できない原因<br>となった疾病名と<br>治療内容 | （疾 病 名）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |  |
|                                                     | （治療内容）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |  |
| 上記疾病の<br>治療期間                                       | 年 月 日 ～ 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |  |
| 再接種が必要な<br>予防接種の種類<br>と回数                           | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> B型肝炎（ 回）<br/> <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌（ 回）<br/> <input type="checkbox"/> 五種混合（ 回）<br/> <input type="checkbox"/> B C G<br/> <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防（ 回）<br/> <input type="checkbox"/> 水痘（ 回） </div> <div> <input type="checkbox"/> ヒブ（ 回）<br/> <input type="checkbox"/> 四種混合（ 回）<br/> <input type="checkbox"/> 麻しん風しん（ 回）<br/> <input type="checkbox"/> 日本脳炎（ 回）<br/> <input type="checkbox"/> 二種混合第 2 期<br/> <input type="checkbox"/> その他（ ） </div> </div> |                |  |
| 備 考 欄                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |  |

この意見書の発行に費用がかかる場合は、再接種費用助成事業の対象外ですので申請者の負担となります。