

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。

被接種者	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 予防接種の効果が 期待できない 原因となった疾 病名と治療内容	(疾 病 名)	
	(治療内容)	
上記疾病の 治療期間	年 月 日 ~	年 月 日
再接種が必要な 予防接種の種類 と回数	<input type="checkbox"/> 混合ワクチン:()種混合 ()回) <input type="checkbox"/> B型肝炎 ()回) <input type="checkbox"/> ヒブ ()回) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 ()回) <input type="checkbox"/> 麻しん風しん ()回) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 日本脳炎 ()回) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 ()回) <input type="checkbox"/> 水痘 ()回) <input type="checkbox"/> その他 ()	
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。