様式第２号（第５条関係）

水巻町長　様

水巻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対象者認定に係る意見書

下記の者について、造血細胞移植(骨髄移植、末梢血幹細胞移植又は臍帯血移植)により、移植前に接種した定期予防接種により得られた免疫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必要かつ可能な状態と判断しますので、意見書を提出します。

なお、再接種の必要性及び副反応については、十分説明しています。

予防接種を受ける人の氏名		生年月日	年　月　日 （　　歳）
移植を受けた日	年　月　日	再接種が可能となった日	年　月　日
再接種が必要な理由	疾病名 治療の内容など		
再接種が必要な予防接種 ※○を付けてください	ロタ　：１回目・２回目・３回目 Ｂ型肝炎　：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 四種混合　：１期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加 三種混合　：１期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加 不活化ポリオ　：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）・１期追加・２期 ヒトパピローマウイルス（HPV）　：１回目・２回目・３回目 （上記以外定期予防接種　　）		
接種予定医療機関名	※原則として移植を行った医療機関		
	移植を行った医療機関以外の場合、紹介状の有無（　有　・　無　）		
医療機関	医療機関名 所在地 電話番号 年　月　日 医師の署名又は記名押印		

※意見書作成に係る注意事項

⑴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）。

⑵記入いただいた内容につきまして、水巻町の担当課より照会を行う場合がありますので、ご協力いただきますようお願いします。

⑶ 20 歳までに再接種する場合のみ、補助の対象となります。