

四万十市骨髓移植患者等定期接種ワクチン再接種費助成事業に係る意見書

四万十市長 様

下記の者について、定期接種により得た疾病に対しての免疫の効果が骨髓移植等その他医療行為を受けたことにより低下又は消失したため再接種が必要であると判断します。なお、再接種の必要性および副反応については説明しています。

再接種が 必要な者	ふりがな 氏 名	(男・女)		生年月日
	住 所	四万十市		年 月 日生
再接種が必要な理由等	(理由) ※該当するものに☑をつけてください ☐ 骨髓移植 ☐ 末梢血幹細胞移植 ☐ 臍帯血移植 ☐ 抗がん剤治療 ☐ その他 ()			
	疾 病 名			
	治療日 (移植を行った日)	年 月 日		
	接種が可能となった日	年 月 日		
	再接種計画	年 月 ～ 年 月の期間		
再接種が必要な予防接種の種類	該当するワクチンに☑		該当するものに○印をつけてください	
	☐ B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
	☐ 小児用肺炎球菌(13価)※	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加		
	☐ 小児用肺炎球菌(15価)※	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加		
	☐ H i b (ヒブ) ※	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加		
	☐ 三種混合	初回 (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		
	☐ 五種混合※	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 (1回目・2回目・3回目)・追加		
	☐ B C G※			
	☐ 麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期		
	☐ 麻しん単独	1期・2期		
	☐ 風しん単独	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		
	☐ 二種混合	2期		
	☐ ヒトパピローマウイルス (HPV) (2・4価)	1回目・2回目・3回目		
☐ ヒトパピローマウイルス (HPV) (9価)	1回目・2回目・3回目			
医療機関名： 医療機関所在地： 電話番号： 医師氏名：	記載年月日： 年 月 日			

- 【注】
- この意見書の発行に係る費用は助成の対象となりません。
 - この意見書の内容について、市の担当課より個別に照会を行う場合があります。
 - 再接種する予防接種で費用助成の対象となるのは、治療前に行った定期接種の種類及び回数のみで被接種者が20歳に達するまでに接種するものに限ります。また、接種間隔が規定の接種間隔と異なる場合は、対象外となりますのでご注意ください。