様式第２号（第５条関係）

**豊郷町造血幹細胞移植後等の予防接種再接種費用助成認定に係る意見書**

　過去に受けた定期予防接種により得た免疫が造血幹細胞移植等の医療行為によって、低下また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、再接種の必要性およ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 | 滋賀県犬上郡豊郷町大字 | | | |
| 接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと判断する理由および治療の経過等 | （主治医記入欄）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移植を受けた日　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日  ②ＧＶＨＤの有無  ③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  ※いずれかに〇をつけてください。 | □Ｂ型肝炎 | | 1回目・2回目・3回目 | |
| □Ｈｉｂ感染症 | | 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 | |
| □小児用肺炎球菌 | | 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 | |
| □五種混合(DPT-IPV-Hib) | | 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 | |
| □四種混合(DPT-IPV) | | 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 | |
| □二種混合(DT) | | 2期 | |
| □麻しん風しん混合(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感染症 | | 1回目・2回目・3回目 | |
| □その他のワクチン  ワクチン名  （　　　　　　　　　　　　　　） | | 1回目・2回目・3回目 | |
| □その他のワクチン  ワクチン名  （　　　　　　　　　　　　　　） | | 1回目・2回目・3回目 | |
| 接種予定  医療機関 | （主治医記入欄）  医療機関名  連絡先  紹介の有無　（　　有　　・　　無　　） | | | |
| 記載年月日：　　　　　　年　　　　月　　　　日  医療機関名  医療機関所在地  電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名または記名押印） | | | | |