

久留米市造血細胞移植後の任意予防接種費用助成に関する医師の意見書

(あて先) 久留米市長

下記の者については、造血細胞移植により、移植前に接種した定期予防接種により得られた免疫が失われたため、再接種が必要であると判断しますので、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に説明しています。

| | | | |
|--|--|----|-----|
| (ふりがな) | | | |
| 受ける人の氏名 | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 性別 | 男・女 |
| 受ける人の住所 | 久留米市 | | |
| 疾病名 | | | |
| 移植を受けた日 | 年 月 日 | | |
| 再接種が可能となった日 | 年 月 日 | | |
| 接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由 | 造血細胞移植により、接種済みの予防接種の予防効果が期待できないため (治療内容など) | | |
| 再接種が必要な予防接種 ※○を付けてください。 ※四種混合は15歳 BCGは4歳 ヒブは10歳 小児用肺炎球菌は6歳に達するまでの間が対象となります。 | 4種混合(1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加) 3種混合(1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加) BCG B型肝炎(1回目・2回目・3回目) ヒブ(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) ポリオ(1回目・2回目・3回目・追加) 麻しん・風しん(1期・2期) 日本脳炎(1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加・2期) 2種混合(2期) 水痘(1回目・2回目) その他() | | |
| 接種予定医療機関 | (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 紹介の有無(有・無) 〕 | | |
| 上記のとおり、予防接種の実施について意見を提出します。 年 月 日 医療機関名 所在地 電話番号 医師の署名又は記名押印 | | | |