

名張市長 宛て

名張市造血幹細胞移植等による免疫低下又は消失に係る
任意予防接種費用助成に係る意見書

次の者については、造血幹細胞移植その他の医療行為により造血幹細胞移植等を開始した日以前に接種した予防接種の効果が期待できないと判断し、再接種を必要とします。

被 接 種 者	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日生
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及び治療開始年月日	(疾病名)	
	(理由) <input type="checkbox"/> 造血幹細胞移植 () <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> その他 () (治療開始年月日) 年 月 日	
再接種を必要とする予防接種の種類及び接種回数	<input type="checkbox"/> ロタウイルス	(ロタリックス) 1回目・2回目 (ロタテック) 1回目・2回目・3回目
	<input type="checkbox"/> H i b	初回 1回目・2回目・3回目／追加
	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌	初回 1回目・2回目・3回目／追加
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	<input type="checkbox"/> DPT-I PV (四種混合)	1期初回 1回目・2回目・3回目／1期追加
	<input type="checkbox"/> BCG	
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目
	<input type="checkbox"/> MR (麻しん風しん)	1期・2期
	<input type="checkbox"/> 二種混合 (DT) 2期	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回 1回目・2回目／1期追加／2期
	<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス	1回目・2回目・3回目
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
主治医	(医療機関名) (医療機関住所) (医師名) ※医師本人の署名又は記名・押印してください。	