

造血細胞移植等により免疫を失った者への再接種に関する主治医の意見書

(あて先) 広島市長

下記の者については、造血細胞移植、抗がん剤治療等により、移植前に接種した定期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)		男 ・ 女	生 年 月 日		
受ける人の 氏 名			H・R	年	月 日
受ける人の 住 所	広島市 区				
疾 病 名					
移植日・抗がん剤治療等の開始日	H・R 年 月 日				
再接種が可能 となった日	H・R 年 月 日				
接種済みの定期接種の予防効果が期待できないと判断する理由 ※下線部に治療内容などを記入してください	造血細胞移植、抗がん剤治療等により、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) _____ _____				
20歳までに 再接種する 予防接種 ※○を付けてください。	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) 5種混合(1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加) 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) ポリオ(1回目・2回目・3回目・追加) BCG 麻しん・風しん(1期・2期) 日本脳炎(1期初回1回目・2回目・1期追加・2期) 2種混合(2期) 水痘(1回目・2回目) 子宮頸がん(1回目・2回目・3回目) ロタウイルス(1回目・2回目・3回目)(ロタテックの場合のみ3回目有)				
接種予定 医療機関	医療機関名： 所在地：				
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。 令和 年 月 日 医療機関名 所 在 地 電 話 番 号 医師の記名(署名又は記名押印)_____					

【意見書作成に係る注意事項】

- ・この意見書の発行に係る費用は、費用助成の対象外です。
- ・この意見書の内容について、広島市の担当課より個別に照会を行う場合がありますのでご了承願います。
- ・再接種する予防接種で費用助成の対象となる予防接種は、過去に定期接種として接種済みの予防接種に限ります。
- ・再接種する予防接種は、任意接種になります。