

様式第2号（第5条関係）

柳川市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成認定に係る意見書

（あて先）柳川市長

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。

(フリガナ)			
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			
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			
20歳に達するまでの間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） 五種混合（1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加） 四種混合（1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加） 三種混合（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） HPV（1回目・2回目・3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） 水痘（1回目・2回目）		
※五種混合・四種混合は15歳、BCGは4歳、ヒブは10歳（五種混合ワクチンを使用する場合は15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。			
上記のとおり、予防接種の実施について意見書を提出します。 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			

※この意見書の発行に費用が必要な場合は、申請者の負担となります。