

様式第2号（第6条関係）

天草市造血幹細胞移植後の予防接種再接種費用助成対象認定に係る医師意見書

造血幹細胞移植等の治療により、当該治療前に接種した定期予防接種の効果が期待できない下記の者については、予防接種が可能な状態と認められると判断し、再接種を必要とします。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。

被接種者	住所	電話番号（ ）	
	(フリガナ) 氏名	（ 男 ・ 女 ）	
	生年月日	年 月 日	（満 歳 ヶ月）
疾病名			
治療前に接種した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		<p>【造血幹細胞移植】（該当する項目に☑）</p> <input type="checkbox"/> 骨髄移植 <input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞移植 <input type="checkbox"/> さい帯血移植 移植日（ 年 月 日） <p>【その他医療行為】（該当する項目に☑）</p> <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 臓器移植 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤を用いた治療	
再接種が可能となった日		年 月 日	
再接種を行う予防接種 （該当する項目に ☑及び○を記入）	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> ヒブ感染症	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ（IPV）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	<input type="checkbox"/> 五種混合（DPT-IPV-Hib）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	<input type="checkbox"/> 四種混合（DPT-IPV）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	<input type="checkbox"/> 三種混合（DPT）	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"/> 麻しん風しん混合（MR） <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん	1期・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"/> 二種混合（DT）	2期	
	<input type="checkbox"/> ヒトパピローウイルス感染症	1回目・2回目・3回目	
治療実施医療機関	発行年月日： 年 月 日		
	医療機関名		
	医療機関所在地 電話番号		
	医師氏名		印

※意見書作成に係る注意事項

- ・意見書の内容について、天草市より個別に照会を行う場合がありますので、ご協力をお願いします。
- ・再接種を行う予防接種で助成の対象となるのは、過去に定期接種として接種済みの予防接種に限ります。
- ・意見書の発行費用については、助成の対象外です。
- ・助成の対象は、被接種者が20歳未満かつ予防接種施行規則第2条の9に掲げる年齢までに限ります。