

予防接種再接種に係る医師の意見書

（宛先）今治市長

以下の者について造血幹細胞移植等により接種した定期予防接種の効果が期待できない状態であり、かつ予防接種の再接種が可能な状態であると認められるため次のとおり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。

被接種者	ふりがな氏名		男・女
	生年月日	年 月 日（ 歳 か月）	
	住所	今治市	
疾 病 名			
接種済みの定期の予防接種の予防効果が期待できないと判断した理由		<ul style="list-style-type: none"> ・ 治療内容、経過等 ・ 治療期間、移植日、手術日等 	
再接種が可能となった日		年 月 日	
定期接種済みで、再接種が必要な予防接種 * 該当の種類に☑ 該当の回数に○	種 類	回 数	
	<input type="checkbox"/> 四種混合 [15歳未満]	I期初回（1回目、2回目、3回目）、追加	
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	I期初回（1回目、2回目、3回目）、追加	
	<input type="checkbox"/> BCG [4歳未満]		
	<input type="checkbox"/> 二種混合II期		
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん	I期、II期	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	I期初回（1回目、2回目、追加）、II期	
	<input type="checkbox"/> Hib感染症 [10歳未満]	初回（1回目、2回目、3回目）、追加	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌感染症 [6歳未満]	初回（1回目、2回目、3回目）、追加	
	<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	
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目、2回目	
<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目、2回目、3回目		
医療機関	所在地	【記載年月日 年 月 日】	
	名称		
	電話番号		
	医師名		

【注意事項】内容について市の担当者から個別に照会を行う場合があります、御了承ください。助成の対象となる予防接種は、過去に定期の予防接種として接種済みの予防接種に限ります。なお、この申請による再接種する予防接種は、任意接種となります。