

鏡石町長 様

鏡石町予防接種再接種費用助成承認申請に係る主治医意見書

造血幹細胞移植その他理由により、下記のとおり定期予防接種の効果が低下し、又は消失したものと判断します。

なお、再接種の必要性及び副反応、（独）医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、再接種対象者又はその保護者に十分説明しています。

また、主治医と再接医が異なる場合は、この意見書の記載内容について接種委に情報提供することに同意します。

記

再接種を受ける者	氏名 <small>ふりがな</small>	(男・女)
	生年月日	年 月 日生まれ (満 歳)
	住 所	鏡石町
定期予防接種の効果が低下、又は消失したものと判断する理由	疾病名	
	該当理由 (治療内容)	
	造血幹細胞移植/その他理由の実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	再接種が可能となった日	年 月 日
再接種を行う予防接種の種類 (該当する予防接種に○)		
再接種をする予防接種の種類	ロタウイルス	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
	B型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
	ヒブ	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
	小児用肺炎球菌	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
	水痘	1回目 ・ 2回目
	麻しん風しん混合	1期 ・ 2期
	二種混合	2期
	日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期
	ヒトパピローウイルス	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
	その他	
医療機関	名称	
	所在地	電話番号
	医師名	(署名又は記名押印)

