第2号様式（第5条関係）

桜井市骨髄移植等後の予防接種再接種費助成事業に係る医師意見書

骨髄移植等後の医療行為により、接種済みの定期予防接種の抗体を失った下記の者について、この度、予防接種の再接種が可能な状態と認められると判断します。

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、対象者又は保護者も了承しています。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種対象者 | 氏　名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | 生年月日 | 年　　月　　日 |
|  |
| 住　所 | 桜井市 | | |
| 接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと判断する理由及び治療の経過等 | | 疾病の名称、その他必要な情報を記入してください。  ○ 疾病の名称（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ○ 治療の経過  ① 骨髄移植を受けた日　（　　　　　年　　　月　　　日）  ② GVHDの有無　　　 （　有　・　無　）  ③ 免疫抑制剤の使用状況  ④ その他特記事項 | | |
| 再接種を行う予防接種の種類（○で囲んでください。） | | |  |  | | --- | --- | | ・Hib感染症 | ：初回（1回目・2回目・3回目）・ 追加 | | ・小児の肺炎球菌感染症 | ：初回（1回目・2回目・3回目）・ 追加 | | ・B型肝炎 | ：1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 | | ・四種混合 | ：1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 | | ・二種混合 | ：1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 ・2期 | | ・不活化ポリオ | ：1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 | | ・麻しん･風しん（MR） | ：1期 ・ 2期 | | ・麻しん | ：1期 ・ 2期 | | ・風しん | ：1期 ・ 2期 | | ・水痘 | ：1回目 ・ 2回目 | | ・日本脳炎 | ：1期初回（1回目・ 2回目）・1期追加 ・ 2期 | | ・ﾋﾄﾊﾟﾋﾟﾛｰﾏｳｲﾙｽ感染症 | ：1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 | | | |
| 接 種 予 定  医 療 機 関 | | 医療機関名  住所  電話番号 | | |
| 記載年月日：　　　年　　月　　日  医療機関名  住所  電話番号  医師氏名　　　　　　　　　　　　印 | | | | |