様式第２号(第７条関係)

定期予防接種ワクチン再接種費用補助金交付申請に係る医師の意見書

骨髄移植手術等の特別な事情によって、骨髄移植手術等の前に接種した定期予防接種ワクチンの免疫が低下又は消失した者について、この度、予防接種の再接種が必要と認められるため、下記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。

<table>
<tr><td rowspan="3">接　種　対　象　者</td><td>氏　　名</td><td>フリガナ</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td></td></tr>
<tr><td>接種済みの定期予防接種で得た免疫が低下又は消失したと判断する理由
（被接種者の疾病等の状況及び治療の内容など）</td><td colspan="2">（疾病の名称）

（治療の経過）

（骨髄移植手術等の医療行為を受けた日又は期間）
年　　月　～　　年　　月</td></tr>
<tr><td rowspan="2">再接種が必要な予防接種</td><td>種　　類</td><td>Ｂ型肝炎　　１回目・２回目・３回目
ヒブ　　１回目・２回目・３回目・追加
小児肺炎球菌　　１回目・２回目・３回目・追加
五種混合　　１回目・２回目・３回目・追加
四種混合　　１回目・２回目・３回目・追加
二種混合　　１回目
ＢＣＧ　　１回目
麻しん風しん混合　１期・２期
水痘　　１回目・２回目
日本脳炎　　１回目・２回目・追加・２期
ＨＰＶ　　１回目・２回目・３回目
不活化ポリオ　　１回目・２回目・３回目・追加
その他（　　）</td></tr>
<tr><td>接種予定医療機関</td><td>□下記の医療機関
□下記以外の医療機関
・名称　（　　）
・所在地（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">記載年月日　　年　　月　　日

医療機関名
所　在　地
電 話 番 号

医　師　名
（署名又は記名押印）</td></tr>
</table>