

守山市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成認定に係る意見書

定期予防接種により得た免疫が骨髄移植等の医療行為によって、低下または消失し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、再接種の必要性および副反応については十分に説明し、本人（保護者）より同意を得ています。

ふりがな	生年月日	保護者氏名 ※被接種者が成人の場合は、不要
被接種者	年 月 日	
住所	守山市	
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および治療の経過等	（主治医記入欄）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移植を受けた日 年 月 日 ②GVHDの有無 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	<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"/> 小児用肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
	<input type="checkbox"/> 五種混合（DPT-IPV-Hib）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
	<input type="checkbox"/> 二種混合（DT）	2期
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（MR）	1期・2期
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目
	<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"/> ヒトパピローマウイルス感染症	1回目・2回目・3回目
	<input type="checkbox"/> その他のワクチン ワクチン名 ()	1回目・2回目・3回目
	<input type="checkbox"/> その他のワクチン ワクチン名 ()	1回目・2回目・3回目

