

造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成に関する理由書

加須市長

様

医療機関名

住 所

電 話 番 号

医 師 名

㊟

造血細胞移植により接種済の定期予防接種の効果が期待できないため、再接種が必要であると判断します。なお、被接種者又は保護者に対し再接種の必要性、効果、副反応及び健康被害救済制度について説明を行っています。

被接種者	住 所	電話番号（ ）	
	(フリガナ) 氏名	（ ） 性別（ ）	
	生年月日	年 月 日	(満 歳 箇月)
接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由	疾患名 治療期間 年 月 日 ～ 年 月 日 理由 造血細胞移植（骨髄移植、末梢血幹細胞移植、さい帯血移植）を受けたため		
再接種を必要とする予防接種の種類、接種回数 （該当する項目にチェック及び○印をつけてください。） ※接種上限年齢 原則20歳未満 ・B C G・・・4歳未満 ・ヒ ブ・・・10歳未満 ・小児用肺炎球菌 ・・・6歳未満 ・四種混合・・・15歳未満	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> ヒブ (Hib) (※)	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"/> 四種混合 (DPT-IPV) (※)	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	<input type="checkbox"/> B C G (※)		
	<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"/> 二種混合 (DT)	2期	
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> 三種混合 (DPT)	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (IPV)	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	<input type="checkbox"/> 麻しん	1期・2期	
<input type="checkbox"/> 風しん	1期・2期		
備考（接種上の留意点等）			