

## 予防接種再接種に係る意見書

造血幹細胞移植により、接種済みの定期予防接種のワクチンで得た免疫が低下又は消失したため再度接種する必要がある、この度、当該接種が可能な状態と判断します。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、本人または保護者も了承しています。

|                                        |                    |                               |
|----------------------------------------|--------------------|-------------------------------|
| 被接種者                                   | ふりがな               |                               |
|                                        | 氏 名                |                               |
|                                        | 生年月日               | 年 月 日 ( 歳 か月)                 |
|                                        | 住所                 | 石川町                           |
|                                        | 電話番号               |                               |
| 再接種が必要な理由                              | 理 由                |                               |
|                                        | 疾病の名称              |                               |
|                                        | 治療内容               |                               |
|                                        | 移 植 日              | 年 月 日                         |
| 再接種が可能となった日                            |                    | 年 月 日                         |
| 再接種が必要な予防接種の種類等<br>(該当するものに○をつけてください。) | ヒブ (Hib)           | 初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加     |
|                                        | 小児用肺炎球菌            | 初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加     |
|                                        | B型肝炎               | 初回 (1回目 ・ 2回目) ・ 追加           |
|                                        | 四種混合 (DPT-IPV)     | 第1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・ 第1期追加   |
|                                        | 五種混合 (DPT-IPV-Hib) | 第1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・ 第1期追加   |
|                                        | 不活化ポリオ (IPV)       | 第1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・ 第1期追加   |
|                                        | 麻しん風しん混合 (MR)      | 第1期 ・ 第2期 ・ 第3期 ・ 第4期         |
|                                        | 麻しん                | 第1期 ・ 第2期 ・ 第3期 ・ 第4期         |
|                                        | 風しん                | 第1期 ・ 第2期 ・ 第3期 ・ 第4期         |
|                                        | 水痘                 | 1回目 ・ 2回目                     |
|                                        | 日本脳炎               | 第1期初回 (1回目・2回目) ・ 第1期追加 ・ 第2期 |
|                                        | 二種混合 (DT)          | 第2期                           |
|                                        | 子宮頸がん (HPV)        | 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目               |
|                                        | その他 ( )            |                               |
| 住 所                                    |                    | 年 月 日                         |
| 医療機関名                                  |                    | 医師氏名                          |
| 電話番号                                   |                    |                               |

## ※意見書作成に係る注意事項

- ・この意見書の発行に費用が必要な場合は、費用助成の対象外ですので申請者の負担となります。
- ・この意見書の内容について、石川町より個別に照会を行う場合がありますので、ご協力をお願いします。
- ・再接種する予防接種で費用助成の対象になるのは、過去に定期接種として接種済みの予防接種の種類のみとなります。
- ・再接種する予防接種は任意接種となります。