

米子市造血幹細胞移植後等のワクチン再接種費用助成対象認定に係る医師意見書

次の接種対象者は、がん等の治療を目的とした造血幹細胞移植、化学療法等により、当該治療の実施前に接種した定期予防接種ワクチンの予防効果が低下し、又は消失した可能性が高く、ワクチンの再接種が必要と認められますので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、接種対象者及び保護者に対し十分に説明しています。

米子市長 様

年 月 日

接種対象者	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所	米子市	
接種対象者がり患した疾病の名称並びに治療の実施日及び治療の内容	(疾病の名称)		
	(治療実施日) 年 月 日 (治療内容) 骨髄移植・末梢血幹細胞移植・さい帯血移植・化学療法		
再接種が必要な予防接種の種類	ヒブ		
	小児肺炎球菌		
	B型肝炎		
	四種混合		
	二種混合		
	麻しん風しん混合		
	水痘		
	日本脳炎		
	子宮頸がん		
	BCG		
その他 ()			
医療機関の名称 :			記載年月日 : 年 月 日
所在地 :			
電話番号 : ()			医師氏名 (印)

<注意事項>

- 費用助成の対象となる予防接種は、造血幹細胞移植等の実施前に定期接種として接種した予防接種に限ります。
- 意見書を作成した医師が氏名を自署する場合は、その押印を省略することができます。