

(様式第2)

年 月 日

骨髄移植等の影響に伴う再接種に関する意見書

予防接種法第5条に定める定期接種のうち、対象者がこれまでに定期予防接種として接種した予防接種で、骨髄移植等の影響により、接種済みの予防接種の予防効果が期待できないため、再度の接種が必要と判断しますので、意見書を提出します。

被接種者	住 所	電話番号 ()	
	(フリガナ)		
	氏 名	(男 ・ 女)	
	生年月日	年 月 日	(満 歳 ヶ月)
骨髄移植等の実施日	年 月 日		
今回実施する予防接種の種類、回数			
予防接種の種類、今後の計画、接種回数等	不活化ポリオ (IPV)	1期初回 (1回目、2回目、3回目) ・ 1期追加	
	BCG		
	四種混合 (DPT-IPV)	1期初回 (1回目、2回目、3回目) ・ 1期追加	
	三種混合 (DPT)	1期初回 (1回目、2回目、3回目) ・ 1期追加	
	二種混合 (DT)	2期	
	日本脳炎	1期初回 (1回目、2回目) ・ 1期追加 ・ 2期	
	麻しん風しん混合 (MR)	1期 ・ 2期	
	麻しん	1期 ・ 2期	
	風しん	1期 ・ 2期	
	子宮頸がん予防 (HPV)	1回目、2回目、3回目	
	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	
	水痘	1回目、2回目	
	B型肝炎	1回目、2回目、3回目	
医療機関所在地 医療機関名 医師署名又は記名押印			
備考			

この意見書は、骨髄移植等の影響により、接種済みの予防接種の予防効果が期待できない者に対する定期接種の再接種にかかる費用の償還払の対象に該当するかを判断することを目的としています。このことを理解の上、新宿区に報告されることに同意します。

保護者自署 _____