

年 月 日

（宛先）昭島市長

骨髄移植等の医療行為により定期予防接種抗体を失った者の再接種に係る
意見書

骨髄移植後等の医療行為により過去に行った定期予防接種で得た抗体を失った下記の者について、再度の接種が必要と判断し、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十分に説明し、本人（保護者）より同意を得ています。

（記入欄は裏面に続きます。）

被接種者	住 所	電話番号（ ）
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日（満 歳 箇月）
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及び治療の経過等	<p>（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。</p> <p>（疾病の名称）</p> <p>（治療の経過）</p> <p>① 移植を受けた日 年 月 日</p> <p>② 免疫抑制剤の使用状況</p> <p>③ その他特記事項</p>	

再接種を行う 予防接種の種類	H i b 感染症	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	1回目・2回目・3回目
	B C G	1回目
	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
	不活化ポリオ	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	二種混合(DT)	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
	水痘	1回目・2回目
	日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期
	H P V 感染症	1回目・2回目・3回目
接種予定医療機関	（主治医記入欄） 医療機関名 連絡先 紹介の有無 （有 ・ 無）	
再接種が可能になった日	年 月 日	
医療機関名	記載年月日： 年 月 日	
医療機関所在地		
電話番号	医師氏名	印
（自署の場合は押印を省略することができます。）		

この意見書は、骨髄移植手術等の影響により、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助成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、昭島市に報告されることに同意します。

また、接種等の情報について必要があるときは、市が接種医療機関に情報を確認することに同意します。

保護者自署 _____