紀の川市造血細胞移植等の特別な理由による 定期外予防接種費用助成に関する医師の理由書

(宛先)

紀の川市長

年 月 日

造血細胞移植（骨髄移植、末梢血幹細胞移植及びさい帯血移植）、化学療法その他の医療行為等、特別な理由により、造血細胞移植等の特別な理由の前に接種した定期予防接種で得た免疫が低下又は消失し予防効果が期待できない者について、ワクチンの再接種が可能かつ必要な状態と判断しますので、理由書を提出します。

なお、予防接種の必要性及び副反応については十分に説明しています。

被接種者	フリガナ		性別	男・女
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日		
	住 所			
疾 病 名				
接種済の定期予防接種の予防効果が期待できないと判断をする理由				
移植等特別な理由が生じた日		年 月 日		
再接種が可能となった日		年 月 日		

該当する予防接種にチェックし、回数を○で囲んでください。

	予防接種の種類	期 ・ 回	接種予定日	移植等の前に定期接種として接種した日
	再接種が必要なワクチン	☐ ヒブ	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	年 月 日
☐ 小児用肺炎球菌		初回(1回目・2回目・3回目)・追加	年 月 日	年 月 日
☐ B型肝炎		1回目・2回目・3回目	年 月 日	年 月 日
☐ 三種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風/DPT)		初回(1回目・2回目・3回目)・追加	年 月 日	年 月 日
☐ 不活化ポリオ (IPV)		初回(1回目・2回目・3回目)・追加	年 月 日	年 月 日
☐ 四種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ /DPT-IPV)		初回(1回目・2回目・3回目)・追加	年 月 日	年 月 日
☐ BCG		1回	年 月 日	年 月 日
☐ 麻しん風しん混合 (MR)		1期・2期	年 月 日	年 月 日
☐ 水痘 (水ぼうそう)		1回目・2回目	年 月 日	年 月 日
☐ 日本脳炎		1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期	年 月 日	年 月 日
☐ 二種混合 (ジフテリア・破傷風/DT)		2期	年 月 日	年 月 日
☐ 子宮けいがん		1回目・2回目・3回目	年 月 日	年 月 日
医療機関	名 称			
	所 在 地			
	医師の署名又は記名			
	電 話 番 号			

【理由書作成にかかる注意事項】

注1 この理由書の発行に費用が必要な場合は、助成の対象外ですので申請者の負担となります。

注2 この理由書の内容について、紀の川市の担当課から個別に照会を行う場合がありますので、ご協力をお願いいたします。