

須賀川市長 様

須賀川市予防接種再接種費用助成金交付申請に係る主治医意見書

骨髄移植手術等により、下記のとおり定期予防接種の効果が低下し、又は消失したものと判断します。

なお、再接種の必要性及び副反応、(独)医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、再接種を受ける者又はその保護者に十分説明しています。

また、主治医と再接種医が異なる場合は、この意見書の記載内容について再接種医に情報提供することに同意します。

記

再接種を受ける者	氏名	
	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住 所	須賀川市
定期予防接種の効果が低下、又は消失したものと判断する理由	疾病名	
	該当理由 (治療内容)	
	骨髄移植手術/その他医療行為の実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	再接種が可能となった日	年 月 日
再接種を行う 予防接種の種類 (該当する予防接種に○)	B型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
	ヒブ	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
	三種混合/四種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
	麻しん風しん混合	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
	二種混合	2期
	子宮頸がん予防 (HPV)	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
その他	ワクチン名 : 回数 :	
医療機関	名称	
	所在地	電話番号
	医師名	(署名又は記名押印) 印