

様式第2号（第6条関係）

駒ヶ根市造血細胞移植後のワクチン再接種費用補助対象認定に係る意見書

小児がん等の治療を目的とした造血細胞移植により、移植前に接種した定期予防接種ワクチンの予防効果が低下又は消滅した可能性が高く、ワクチン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十分に説明しています。

接種対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
保護者氏名				
予防効果が低下又は消失した原因となった疾病名と治療内容		(疾病の名称)		
		(移植日)	年 月 日	(移植内容) 骨髄移植・末梢血幹細胞移植・さい帯血移植
再接種が必要なワクチンの種類等	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		
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
	五種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	四種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	二種混合	2期		
	不活化ポリオ	初回（1回目・2回目・3回目）・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		
	子宮頸がん	1回目・2回目・3回目		
	BCG	1回目		
	その他（ ）			
記載年月日： 年 月 日				
医療機関名	：			
所在地	：			
電話番号	：			
	医師氏名			印

<注意事項>

本様式は、造血幹細胞移植に係る治療における主治医等で本人の病状を把握し、ワクチン再接種の要否について御判断いただける医師が記入してください。なお、費用補助の対象になる予防接種は、過去に定期接種として接種した予防接種となります。