

第2号様式（第5条関係）

宇治市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種費用助成に係る意見書

骨髄移植等の医療行為により、接種済みの定期予防接種の抗体を失った下記の者については、再接種する必要があり、この度、当該再接種が可能な状態と判断します。

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、本人もしくは保護者の了承を得ています。

氏名		男・女	生年月日	年	月	日
住所	(〒 -)					
接種済みの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	(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 (疾病の名称) (治療の経過) ① 移植を受けた日 ② GVHDの有無 ③ 免疫抑制剤の使用状況 ④ その他特記事項					
再接種を行う予防接種の種類 ※該当する予防接種を○で囲んでください。	(主治医記入欄) ・BCG : 1回 ・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 ・4種混合 : 1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加 ・3種混合 : 1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加 ・2種混合 : 2期 ・不活化ポリオ : 1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加 ・麻しん風しん(MR) : 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 ・子宮頸がん予防(HPV) : 1回目・2回目・3回目					

裏面につづく

