

北谷町長 様

北谷町骨髄移植等後のワクチン再接種費用助成に関する意見書

以下の者は、骨髄移植等により、接種済の定期予防接種の予防効果が期待できず、再接種が必要な状態と認められますので、下記のとおり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。

記

助成対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	北谷町		
疾患名				
治療期間		年 月 日 ~	年 月 日	
治療の種類		骨髄移植 ・ 化学療法 ・ その他（ ）		
接種済の定期予防接種の効果が期待できないと判断する理由				
再接種の実施が可能となった日			年 月 日	
再接種した予防接種の種類及び回数	※ 該当する予防接種に☑、該当する回数に○をつけてください。			
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス	1回目・2回目・3回目		
	<input type="checkbox"/> ヒブ（H i b）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	<input type="checkbox"/> 五種混合（DPT-I T P-H I B）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加		
	<input type="checkbox"/> 三種混合（D P T）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加		
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加		
	<input type="checkbox"/> B C G			
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（MR）	1期・2期		
	<input type="checkbox"/> 麻しん	1期・2期		
	<input type="checkbox"/> 風しん	1期・2期		
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目		
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期		
<input type="checkbox"/> 二種混合（D T）	2期			
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん（H P V）	1回目・2回目・3回目			
医療機関	医療機関名			
	所在地			
	医師名			

