

大網白里市長 様

意 見 書

次の者は、疾病の治療により、接種済みの定期予防接種の効果が期待できないため、再度の予防接種が必要であることを証明します。

被 接 種 者	住 所	〒		
	フリガナ			
	氏 名			性 別 男・女
	生年月日	年	月	日 (満 歳 か月)
再接種の理由(該当するものを○で囲んでください。)	(骨髄移植 ・ 末梢血幹細胞移植 ・ さい帯血移植) により、接種済み予防接種の予防効果が期待できないため			
疾 患 名				
移 植 日	年	月	日	
再接種が可能となった日	年	月	日	
再接種が必要な予防接種の種類と回数	<input type="checkbox"/> B型肝炎 (回) <input type="checkbox"/> ヒブ (回) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (回) <input type="checkbox"/> 三種混合 (回) <input type="checkbox"/> 四種混合 (回) <input type="checkbox"/> 五種混合 (回) <input type="checkbox"/> 麻しん風しん (回) <input type="checkbox"/> ポリオ (回) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 水痘 (回) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (回) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (回) <input type="checkbox"/> 二種混合第2期			

年 月 日

医療機関名
所在地
電話番号
医師名

印

【注意事項】

- ・この意見書の発行にかかわる費用は助成対象外となり、被接種者の保護者または被接種者本人の負担となります。
- ・助成の対象は、過去に定期予防接種として接種済みのものに限りません。
- ・この意見書に基づき再接種する予防接種は、任意接種となります。