第３号様式（第５条関係）

年　　月　　日

（宛先）戸田市長

戸田市特別の理由により免疫を消失した者の任意予防接種費用補助金交付に係る医師意見書

特別の理由により免疫を消失し、過去に接種済みの予防接種法に基づく定期の予防接種の予防効果が期待できないものについて、この度、予防接種の再接種が可能な状態と認められるため、次のとおり意見書を提出します。

なお、任意接種による再接種の必要性、効果・効能、安全性及び副反応については、接種希望者に対し十分に説明を行い、同意・承諾を得ています。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対 象 者 | 住 所 | 戸田市 | |
| 氏 名 | フリガナ | |
| 生年月日 | 年 月 日 （満 歳 | か月） |
|  | | 特別の理由により免疫を消失し、接種済みの予防接種の予防効果が期待できないため | |
| 接種済みの定期 | | 疾病の名称その他の事項について記載してください。  （疾病の名称）  （治療内容など）  治療日： 年 月 日  □骨髄移植　　□末梢血管細胞移植　　□臍帯血移植　　□その他　　※いずれか  （免疫抑制剤の使用状況等、その他記載事項） | |
| 予防接種の予防 | |
| 効果が期待でき | |
| ないと判断する | |
| 理由 | |
|  | | ・ロタリックス　（　１回目　・　２回目　） | すべて |
|  | | ・ロタテック　　（　１回目　・　２回目　・　３回目　） | すべて |
|  | | ・Ｈｉｂ　（　１回目　・　２回目　・　３回目　・　追加　） | すべて |
|  | | ・小児用肺炎球菌　（　１回目　・　２回目　・　３回目　・　追加　） | すべて |
|  | | ・Ｂ 型肝炎　（　１回目　・　２回目　・　３回目　） | すべて |
| 再接種する予防 | | ・四種混合　（　１回目　・　２回目　・　３回目　・　追加　） | すべて |
| 接種の種類 | | ・三種混合　（　１回目　・　２回目　・　３回目　・　追加　） | すべて |
| 期・回数 | | ・不活化ポリオ　（　１回目　・　２回目　・　３回目　・　追加　） | すべて |
|  | | ・ＢＣＧ | |
|  | | ・麻しん風しん混合　（　１期　・　２期　） | すべて |
| ※再接種するも | | ・麻しん（単抗原）　 （　１期　・　２期　） | すべて |
| のに〇をつけて | | ・風しん（単抗原）　　（　１期　・　２期　） | すべて |
| ください | | ・水痘　（　１回目　・　２回目　） | すべて |
|  | | ・日本脳炎　（　１期１回目　・　１期２回目　・　１期追加　・　２期　） | すべて |
|  | | ・二種混合　（　２期　） | |
|  | | ・ヒトパピローマウイルス（ＨＰＶ）　（　１回目　・　２回目　・　３回目） | すべて |
| 再接種が可能となった日 | | 年 月 日 | |
| 医療機関名称・所在地医師名 | |  | |