

(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)	
接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由	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 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 <input type="checkbox"/> 骨髄移植 <input type="checkbox"/> 末梢血管細胞移植 <input type="checkbox"/> 臍帯血移植 <input type="checkbox"/> その他 ※いずれか <input checked="" type="checkbox"/> (免疫抑制剤の使用状況等、その他記載事項)			
再接種する予防接種の種類 期・回数	・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		
	・H i b (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		
	・五種混合 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)	すべて		
	・三種混合 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)	すべて		
	・不活化ポリオ (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)	すべて		
	・BCG			
	※再接種するものに○をつけてください	・麻しん風しん混合 (1期 ・ 2期)	すべて	
		・麻しん(単抗原) (1期 ・ 2期)	すべて	
		・風しん(単抗原) (1期 ・ 2期)	すべて	
		・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				