

大野町長 様

大野町ワクチン再接種費用助成に関する主治医意見書

造血幹細胞の移植により、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し、再接種を必要とします。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

接種 対 象 者	住 所	大野町大字
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
再接種が必要な理由 (疾病・治療の内容等)		
再接種を必要とする 予防接種の種類・回数 (該当するものに○)		<ul style="list-style-type: none">・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・ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ四種混合 (第1期初回1回目・2回目・3回目・追加)・ジフテリア・百日せき・破傷風三種混合 (第1期初回1回目・2回目・3回目・追加)・不活化ポリオ (第1期初回1回目・2回目・3回目・追加)・麻しん風しん (第1期・第2期)・水痘 (1回目・2回目)・日本脳炎 (第1期初回1回目・2回目・追加・第2期)・ジフテリア及び破傷風 第2期・子宮頸がん予防 (1回目・2回目・3回目)
医 療 機 関	名 称 所在地 医師名 (署名又は記名押印)	