

田辺市長 宛て

田辺市造血細胞移植等の定期外予防接種費用助成対象認定に係る主治医意見書

造血細胞移植（骨髄移植、末梢血幹細胞移植又は臍帯血移植）その他特別の理由により、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者について、この度、予防接種の接種が可能な状態と認められるため、下記のとおり意見書を提出します。

なお、予防接種の必要性及び副反応等については十分に説明しています。

記

被 接 種 者	住 所	田 辺 市		
	フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
	氏 名		電 話	
定期予防接種 の予防効果が 期待できない と判断をする 理由	(疾病の名称)			
	(治療内容等)			
接種が可能と なった日	年 月 日			

該当する予防接種にチェックし、回数を○で囲んでください。

予防接種の種類	回数
☐ 五種混合	1 期初回（1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目） ・ 1 期追加
☐ 四種混合	1 期初回（1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目） ・ 1 期追加
☐ 三種混合	1 期初回（1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目） ・ 1 期追加
☐ 不活化ポリオ	1 期初回（1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目） ・ 1 期追加
☐ 二種混合	2 期
☐ MR	1 期 ・ 2 期
☐ 日本脳炎	1 期初回（1 回目 ・ 2 回目） ・ 1 期追加 ・ 2 期
☐ B C G	
☐ H i b 感染症	初回（1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目） ・ 追加
☐ 小児の肺炎球菌感染症	初回（1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目） ・ 追加
☐ ヒトパピローマウイルス感染症	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目
☐ 水痘	1 回目 ・ 2 回目
☐ B 型肝炎	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目
☐ ロタウイルス	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目(ロタテックの場合)
医 療 機 関 名	
医療機関所在地	
電 話 番 号	() 医師名 ㊟

【意見書作成にかかる注意事項】

注 1 この意見書の発行に費用が必要な場合は、助成の対象外ですので申請者の負担となります。

注 2 この意見書の内容について、田辺市の担当課より個別に照会を行う場合がありますのでご協力をお願いいたします。

注 3 助成対象となる予防接種は、造血細胞移植その他特別の理由が生じる以前に接種した定期予防接種の他、やむを得ない理由により、一部の定期予防接種が完了していない場合であっても、医師の判断により接種することが望ましいと判断された予防接種についても対象としますので記載をお願いします。