

年 月 日

南九州市長 様

造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成に関する意見書

造血細胞移植により，移植前に接種した定期予防接種ワクチンの予防効果が低下又は消失の可能性が高く，ワクチン再接種が必要と認められますので意見書を提出します。なお，再接種の必要性，副反応及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）の医薬品副作用被害救済制度については十分に説明しています。

記

接 種 対象者	住 所	南九州市
	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日
疾 病 名		
移 植 日		
接種が可能となった日		
移植前の接種済みの 予防接種の予防 効果が期待できな いと判断する理由		【理由】 （ ）により， 接種済みの予防接種の予防効果が期待できないため 【治療内容など】

再接種が必要な 予防接種の種類 （予防接種及び 回数に○をつけ てください）	4種混合（DPT-IPV）	1 期初回（ 1 回目・2 回目・3 回目 ）・1 期追加
	3 種混合（DPT）	1 期初回（ 1 回目・2 回目・3 回目 ）・1 期追加
	不活化ポリオ（IPV）	1 期追加（1 回目・2 回目・3 回目）・追加
	2 種混合（DT）	2 期
	麻しん風しん混合（MR）	1 期・2 期
	麻 し ん 単 独	1 期・2 期
	風 し ん 単 独	1 期・2 期
	日 本 脳 炎	1 期初回（ 1 回目・2 回目 ）・1 期追加・2 期
	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
	子宮頸がん（HPV）	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
	おたふくかぜ	1 期・2 期
	()	
医療機関所在地 医 療 機 関 名 医 師 名	※医師が手書きしない場合は，記名押印してください。	