

東松山市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成に関する理由書

東松山市長 様

医療機関所在地

医療機関名

電話番号

医師名

印

造血細胞移植により接種済みの定期予防接種で得た免疫が低下又は消失したことにより、感染症の発生を予防することが期待できないため、任意で再接種を受ける必要があると判断しましたので、理由書を提出します。

被接種者	住所	電話番号（ ）	
	(フリガナ) 氏名		
	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した理由	<b>【疾病名】</b>  <b>【該当理由】</b> 該当するものに○をつける 造血細胞移植（ 骨髄移植・末梢血幹細胞移植・さい帯血移植 ）  <b>【治療期間】</b> 年 月 日 ～ 年 月 日		
再接種を必要とした 予防接種の種類、接種回数（該当する項目にチェック及び○印をつけてください。）  ※接種上限年齢 （20歳未満） ・ヒブ…10歳未満 ・小児用肺炎球菌…6歳未満 ・四種混合…15歳未満 ・BCG…4歳未満	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> ヒブ (Hib) (※)	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (※)	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
	<input type="checkbox"/> 四種混合 (DPT-IPV) (※)	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	<input type="checkbox"/> BCG (※)		
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期	
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期	
	<input type="checkbox"/> 二種混合 (DT)	2期	
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん (HPV)	1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> 三種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (IPV)	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	<input type="checkbox"/> 麻しん	1期・2期・3期・4期	
<input type="checkbox"/> 風しん	1期・2期・3期・4期		
備考			

この理由書は、定期予防接種の特例措置対象者に該当するかどうかを判断することを目的としています。このことを理解の上、本理由書が市町村及び厚生労働省に報告されることに同意します。

申請者自署