様式第２号（第５条関係）

# 医師の意見書

大崎市長　様

下記の者は，骨髄移植等（骨髄移植，抹消血幹細胞移植又は臍帯血移植等の造血幹細胞移植）により，移植前に接種した定期予防接種の予防効果が期待できないため，再接種が必要であると判断しました。

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。

<table>
<tr><td rowspan="4">被接種者</td><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">男<br>・<br>女</td><td rowspan="2">生年<br>月日</td><td rowspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと判断する理由</td><td colspan="5">（疾病の名称）<br>（治療内容等）※該当する項目に✔をつけてください。<br>☐骨髄移植　☐末梢血幹細胞移植　☐臍帯血移植<br>☐その他（　　）</td></tr>
<tr><td>再接種が可能となった日</td><td colspan="5">年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="12">再接種する<br>予防接種の種類<br><br>※接種が必要なものに✔又は〇をつけてください</td><td colspan="5">☐ Ｂ型肝炎　：１回目　２回目　３回目</td></tr>
<tr><td colspan="5">☐ Ｈｉｂ感染症　：１回目　２回目　３回目　追加</td></tr>
<tr><td colspan="5">☐ 肺炎球菌（小児）　：１回目　２回目　３回目　追加</td></tr>
<tr><td colspan="5">☐ ５種混合（DPT-IPV-Hib）　：１回目　２回目　３回目　追加</td></tr>
<tr><td colspan="5">☐ ４種混合（DPT-IPV）　：１回目　２回目　３回目　追加</td></tr>
<tr><td colspan="5">☐ ２種混合（DT）</td></tr>
<tr><td colspan="5">☐ 麻しん風しん（MR）　：第１期　第２期</td></tr>
<tr><td colspan="5">☐ 水痘　：１回目　２回目</td></tr>
<tr><td colspan="5">☐ 日本脳炎　：１回目　２回目　追加　第２期</td></tr>
<tr><td colspan="5">☐ ヒトパピローマウイルス　：１回目　２回目　３回目</td></tr>
<tr><td colspan="5">☐ その他</td></tr>
<tr><td colspan="6">記載日　年　月　日<br><br>医療機関名<br>医療機関所在地　電話番号<br>医師氏名　印</td></tr>
</table>

【注意事項】

１　本理由書に基づき再接種をする予防接種は，任意接種となります。

２　本理由書の発行に係る費用は助成対象外となり，被接種者の保護者または本人の負担となります。

３　助成の対象は，過去に接種を受けたものに限ります。