

福島市長

福島市造血幹細胞移植その他の理由による再接種費用助成にかかる意見書

造血幹細胞移植その他の理由により、既に定期接種によって得ていた免疫が低下又は消失した者に対して、感染症予防・重症化予防のため、任意で再度、予防接種受ける必要があると判断しますので、意見書を提出します。

なお、再接種の必要性及び副反応、(独)医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、保護者又は被接種者に説明し、了承しています。

被 接 種 者	ふりがな 氏名		男 女	生年月日	年 月 日生 (満 歳 か月)
	住所	福島市 電話番号 — —			
再 接 種 が 必 要 と な っ た 理 由	疾 病 名				
	該当理由（治療内容）				
	造血幹細胞移植/その他の理由の実施期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
	再接種が可能となった日 年 月 日				
再接種が必要な予防接種（該当する予防接種に○）					
B型肝炎		1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目			
ヒブ（Hib）		1 期初回（ 1 回目・2 回目・3 回目 ）・ 1 期追加			
小児用肺炎球菌（PCV13）		1 期初回（ 1 回目・2 回目・3 回目 ）・ 1 期追加			
五種混合（DPT-IPV-Hib）		1 期初回（ 1 回目・2 回目・3 回目 ）・ 1 期追加			
四種混合（DPT-IPV）		1 期初回（ 1 回目・2 回目・3 回目 ）・ 1 期追加			
水痘		1 回目 ・ 2 回目			
麻しん風しん混合（MR）		1 期 ・ 2 期			
二種混合（DT）		2 期			
日本脳炎		1 期初回（ 1 回目・2 回目 ）・ 1 期追加 ・ 2 期			
ヒトパピローマウイルス（HPV）		1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目			
その他					
医 療 機 関	医師名	※自署又は記名押印			
	医療機関名		診療科名		
	所在地	電話番号 — —			