

## 様式第 2 号（第 5 条関係）

年 月 日

## 猪苗代町予防接種再接種費用助成に係る医師意見書

造血幹細胞移植により、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ため、再度接種する必要がある、当該接種が可能な状態と判断します。

被 接 種 者	住 所	耶麻郡猪苗代町 字		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
疾 病 名 等  健 康 状 態	(疾病名)			
	(治療内容等) 造血幹細胞移植 <input type="checkbox"/> 骨髄移植 <input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞移植 <input type="checkbox"/> 臍帯血移植 (再接種が可能となった日) 年 月 日			
再 接 種 を 行 う 予 防 接 種 名  ※ 該 当 す る も の を ○ で 囲 む	・ ヒブ感染症 : 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			
	・ 四種混合 : 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加			
	・ 不活化ポリオ : 初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加			
	・ 水痘 : 1 回目・2 回目			
	・ 麻しん風しん混合 : 1 期・2 期			
	・ 日本脳炎 : 1 期初回 (1 回目・2 回目)・1 期追加・2 期			
	・ 二種混合 : 2 期			
	・ 子宮頸がんワクチン : 1 回目・2 回目・3 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			
医 療 機 関	上記のとおり証明します。			
	(医療機関名)			
	(医師名)			
	(所在地)			
電話番号 ( )				