

邑楽町骨髄移植後等の予防接種費用助成事業認定に係る主治医意見書

邑楽町長 宛て

骨髄移植後等により、下記のとおり接種済みの予防接種の予防効果が期待できない、又は新たに接種が必要と判断します。また、接種を開始しても可能な状態と認められますので、次のとおり意見書を提出します。なお、接種の必要性及び副反応については、十分説明しています。

接種対象者	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
	住所	邑楽町大字 (電話)		
予防接種の再接種又は新たに予防接種を行う必要があると判断する理由	【理由】 骨髄移植等により、接種済みの予防接種の予防効果が期待できない、又は新たに接種が必要と考えられるため。			
	【その他の事項】※疾病の名称等を必ずご記入ください。 疾病名： 特別の理由が生じた日（移植日等）： 年 月 日 接種を開始することが可能と判断された日： 年 月 日			
予防接種の種類等	※該当するものに☑をつけてください。			
	B型肝炎	☐1回目 ☐2回目 ☐3回目		
	ヒブ（Hib）	初回（☐1回目 ☐2回目 ☐3回目） ☐追加		
	小児肺炎球菌	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） ☐1期追加		
	BCG	☐1回		
	麻しん風しん混合	☐1期 ☐2期		
	水痘	☐1回目 ☐2回目		
	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		
	子宮頸がん予防	☐1回目 ☐2回目 ☐3回目		
	高齢者肺炎球菌	☐1回		
	その他	☐		
年 月 日				
医療機関名：				
所在地：				
医師氏名（署名または記名押印）				

※主治医のかたへ：裏面の注意事項を必ずお読みください。

【主治医のかたへ】

- ・ 予防接種の必要性や副反応については、接種対象者や保護者のかたへ十分ご説明ください。
- ・ 今後新たに接種を要し、接種可能と判断される予防接種の種類については、概ね1年以内に接種を実施する予定のある予防接種の種類を全てご記入ください。
- ・ 予防接種の実施に当たっては、可能な限り治療実施医療機関で接種してくださいませようお願いします。やむを得ず、他の医療機関で接種する場合は、接種対象者や保護者のかたへ十分な説明や接種予定医師等と情報連携するなどの対応をお願いします。
- ・ 予防接種の実施に当たっては、貴院で使用している予診票を使用してください。
- ・ 接種費用助成の認定可否の審査において、必要が生じた場合は、意見書を記入していただいた医師に問合せをさせていただくことがございますので、あらかじめご了承ください。