

青森市小児定期予防接種の再接種費用助成に関する医師意見書

骨髄移植等の医療行為により、次のとおり、既に接種を受けた定期予防接種の効果が期待できないと判断し、再接種を必要とします。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。

フリガナ		性別	男 ・ 女
被接種者氏名		生年月日	年 月 日
住所	青森市		
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する理由	(理由) ※該当するものに○印をつけてください。 骨髄移植・臓器移植手術・抗がん剤治療・その他 () により、接種済みの予防接種の予防効果が期待できないため。		
	(疾病の名称) (備考)		
接種が可能となった日	年 月 日		
再接種を行う予防接種の種類、接種回数に○印	ヒブ感染症		初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
	小児用肺炎球菌感染症		初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
	B型肝炎		1回目・2回目・3回目
	ロタウイルス	ロタリックス	1回目・2回目
	感染症	ロタテック	1回目・2回目・3回目
	5種混合・4種混合		1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
	3種混合		1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
	BCG		
	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
	2種混合		2期
	不活化ポリオ		初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
	ヒトパピローマウイルス感染症		1回目・2回目・3回目
記載年月日 年 月 日			
医療機関名 _____			
医療機関所在地 _____			
電話番号 _____		医師氏名 _____ 印	

※意見書作成に係る注意事項

- ・意見書の発行に係る費用は、費用助成の対象外のため申請者の負担になります。
- ・助成の対象となる予防接種は、過去に定期接種として接種済みの予防接種の再接種に限ります。