様式第２号（第６条関係）

**主治医の意見書**

日向市長　　様

次の者については、造血幹細胞移植等により、それ以前に接種した定期予防接種で得ていた免疫が低下又は消失したため、再接種が必要で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については十分に説明しています。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな） |  | 生年月日 |
| 被接種者氏名 |  | 年　　　月　　　日 |
| 被接種者の住所 | 〒  日向市 | |
| 疾病名 |  | |
| 移植等を受けた日 | 年　　　月　　　日 | |
| 再接種が可能  となった日 | 年　　　月　　　日 | |
| 定期予防接種で  得ていた免疫が  低下又は消失したと判断する理由 | （治療内容など） | |
| 再接種する  予防接種  ※○を付けてください。  ４種混合は15歳  ＢＣＧは４歳  Ｈｉｂは10歳  小児用肺炎球菌は６歳  に達するまでの間が対象となります。 | B型肝炎（１回目・２回目・３回目）  Hib（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）  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）  ポリオ（１回目・２回目・３回目・追加）　　BCG  麻しん・風しん（１期・２期）  日本脳炎（１期初回１回目・２回目・１期追加・２期）  HPV（１回目・２回目・３回目）  ２種混合（２期）　　水痘（１回目・２回目） | |
| 上記のとおり、予防接種の実施について意見を提出します。  　　　年　　　月　　　日  医療機関名  所在地  電話番号  医師の署名又は記名押印 | | |

【注意事項】

１　意見書の発行に係る費用については、助成対象外のため申請者の負担となります。

　２　再接種する予防接種で費用助成の対象となるのは、過去に定期接種として接種済みの予防接種

の種類のみとなります。

３　再接種の初回実施日において20歳未満で本市に住所を有する方が対象となります。

　４　再接種の予防接種は任意接種となります。健康被害が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療

機器総合機構による救済の対象となります。