

第2号様式（第4条）

骨髄移植等による再接種費用助成に関する医師の意見書

年 月 日

（あて先）印西市長

医療機関名  
所在地  
電話番号  
医師名  
（署名又は記名押印）

次の者は、骨髄移植手術等により、既に接種を受けた定期の予防接種の予防効果が期待できないと判断します。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ました。

被 接 種 者	フリガナ			
	氏名			
	住所			
	生年月日			
接種を受けた定期 予防接種の予防効 果が期待できな いと判断する理由	疾病名			
	治療内容			
疾病の治療期間				
再接種が必要な予 防接種の種類と回 数（該当する項目 を○で囲むこと）	種類	上限年齢	回数	
	ヒブ（Hib）	10歳	1回目・2回目・3回目・4回目	
	小児用肺炎球菌	6歳	1回目・2回目・3回目・4回目	
	B型肝炎	20歳	1回目・2回目・3回目	
	4種混合（DPT-IPV）	15歳	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	3種混合（DPT）	20歳	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	不活化ポリオ（IPV）	20歳	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
	結核（BCG）	4歳	1回	
	麻しん風しん（MR）	20歳	1期・2期	
	麻しん単独	20歳	1期・2期	
	風しん単独	20歳	1期・2期	
	水痘	20歳	初回・追加	
	日本脳炎	20歳	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期	
	二種混合（DT）	20歳	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）	20歳	1回目・2回目・3回目		

※文書発行にかかる費用の助成はありません。