（様式第2号）

骨髄移植後等の予防接種の再接種費用助成対象認定にかかる医師意見書

骨髄移植手術その他医療行為により、接種済みの定期予防接種の効果が期待できない下記の者について、このたび、予防接種が可能な状態と認められると判断し、再接種を必要とします。なお、再接種の必要性および副反応については十分に説明しています。

フリガナ		生　年　月　日	
氏　　名	（　男　・　女）	年　　月　　日生	
住　　所	〒		
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	疾　病　名		
	【造血幹細胞移植】（該当するものに☑） □　骨髄移植　　□　末梢血幹細胞移植　　□　さい帯血移植 ●移植日　（　　年　　月　　日　） ●特記事項（GVHDの有無、免疫抑制剤の使用状況等） 〔　　〕 **【その他医療行為】（該当するものに☑）** □　抗がん剤治療　□　手術療法　□　放射線療法　□　免疫療法 □　その他（　　） ●治療期間または治療日 ・治療期間　（　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日　） ・治 療 日　（　　年　　月　　日　） ●特記事項（具体的な治療内容及び再接種が必要な理由等） 〔　　〕		
	再接種が可能となった日	年　　月　　日	

再接種を行う予防接種	ワクチン種類	該当するものに○印をつけてください	
	・B型肝炎	１回目・２回目・３回目	すべて
	・小児肺炎球菌	初回（１回目・２回目・３回目）・追加	すべて
	・Hib（ヒブ）	初回（１回目・２回目・３回目）・追加	すべて
	・四種混合（DPT-IPV）	１期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加	すべて
	・三種混合（DPT）	初回（１回目・２回目・３回目）・追加	すべて
	・不活化ポリオ（IPV）	初回（１回目・２回目・３回目）・追加	すべて
	・麻しん風しん混合（MR）	１期・２期	すべて
	・麻しん	１期・２期	すべて
	・風しん	１期・２期	すべて
	・水痘	初回・追加	すべて
	・日本脳炎	１期初回（１回目・２回目）・１期追加・２期	すべて
	・二種混合（DT）	２期	すべて
	・ヒトパピローマウィルス（HPV）	１回目・２回目・３回目	すべて

接種予定医療機関 ※再接種を実施する予定の医療機関をご記入ください。	医療機関名 連絡先 移植を行った医療機関以外の場合：紹介の有無　（　有　・　無　）

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（署名または記名押印）

※意見書作成に係る注意事項

・意見書は骨髄移植手術その他医療行為を実施した医療機関の医師より記載していただきますようお願いします。
・意見書の内容について、神戸市より個別に照会を行う場合がありますのでご協力をお願いします。
・再接種を行う予防接種で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みとなります。
・助成の対象となるのは、被接種者が２０歳に達するまでに接種するものに限ります。
・意見書の発行に費用が必要な場合は、助成の対象外のため申請者の負担となります。