

様式第2号（第5条関係）

福智町造血細胞移植後のワクチン再接種に関する主治医意見書

骨髄移植等による造血幹細胞移植（同種造血幹細胞移植に限る。）により、移植前に接種した定期予防接種ワクチンの免疫の消失の可能性が高く、ワクチン再接種が必要と認められ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、被接種者に対し十分に説明をしています。

被接種者	氏名	
	住所	
	生年月日	年 月 日
申請者（保護者） 氏名		
再接種が必要な理由 （該当移植に○）		造血幹細胞移植（骨髄移植、末梢血幹細胞移植、さい帯血移植）により、接種済のワクチンの効果が期待できないため
疾病名		
移植日		年 月 日
接種が可能となった日		年 月 日
再接種が必要なワクチンの種類		<p>B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目</p> <p>ヒブ : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加</p> <p>小児用肺炎球菌 : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加</p> <p>四種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加</p> <p>三種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加</p> <p>不活化ポリオ : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加</p> <p>二種混合 : 2期</p> <p>BCG : 1回</p> <p>MR : 1期・2期</p> <p>水痘 : 1回目・2回目</p> <p>日本脳炎 : 1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期</p> <p>子宮頸がん : 1回目・2回目・3回目</p>
記載年月日		年 月 日
医療機関名		
所在地		
電話番号		
医師氏名		

※注意事項

- 本様式は造血幹細胞移植に係る治療における主治医等（本人の病状を把握し、ワクチン再接種の可否について御判断いただける医師）が記入してください。
- 意見書の発行に費用が必要な場合は、助成の対象外となり、申請者の負担となります。