

### 尾花沢市造血幹細胞移植後のワクチン再接種にかかる意見書

造血幹細胞移植により、接種済みの定期予防接種のワクチンの免疫が低下又は消失したため、再度接種する必要があると判断します。

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、本人も了承しています。

被接種者	フリガナ		生年 月日	年 月 日
	氏名			
	住所	(〒 - )		
	電話番号			
接種済みの定期予防接種の再接種が必要となった理由		造血幹細胞移植により、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)  (治療内容等)		
再接種が可能となった日		年 月 日		
再接種が必要な予防接種	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ヒブ : 初回接種 ( 1回目・2回目・3回目 ) ・追加接種</li> <li>・小児肺炎球菌 : 初回接種 ( 1回目・2回目・3回目 ) ・追加接種</li> <li>・四種混合 : 1期初回 ( 1回目・2回目・3回目 ) ・追加接種</li> <li>・三種混合 : 1期初回 ( 1回目・2回目・3回目 ) ・追加接種</li> <li>・不活化ポリオ (単独) : 初回接種 ( 1回目・2回目・3回目 ) ・追加接種</li> <li>・二種混合 : 2期</li> <li>・B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目</li> <li>・麻しん・風しん (MR) : 1期・2期</li> <li>・水痘 : 1回目・2回目</li> <li>・日本脳炎 : 1期初回 ( 1回目・2回目 ) ・1期追加・2期</li> <li>・子宮頸がん : 1回目・2回目・3回目</li> <li>・1価ロタウイルス : 1回目・2回目</li> <li>・5価ロタウイルス : 1回目・2回目・3回目</li> </ul>			
※接種が必要なものに○をつけてください				
医療機関名	記載年月日： 年 月 日			
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】**

- ・この意見書の発行にかかる費用は、費用助成の対象外です。
- ・この意見書の内容について、尾花沢市の担当課より個別に照会を行う場合がありますのでご了承願います。
- ・再接種する予防接種で費用助成の対象となる予防接種は、過去に定期予防接種として接種済みの予防接種に限ります。
- ・再接種する予防接種は、任意接種となります。