

遠野市特別の理由によるワクチン再接種に係る医師の意見書

造血幹細胞移植等の医療行為により、下記の者が接種済みの定期予防接種のワクチンの効果が低下し、又は消失していることが認められることから、ワクチンの再接種が可能な状態であるということを踏まえて、当該再接種が必要であると判断します。

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（保護者）も了承しています。

記

被接種者	ふりがな		男 ・ 女	生年 月日	年 月 日	
	氏名					
	住所	遠野市				
	電話番号					
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	(疾病の名称) (治療内容等) ※該当する項目に✓をつけてください。 <input type="checkbox"/> 造血幹細胞移植手術 <input type="checkbox"/> 免疫抑制療法 <input type="checkbox"/> その他 ()					
再接種が可能となった日						
再接種を行う 予防接種の種類	B型肝炎 : 1回目 2回目 3回目 Hib感染症 : 1回目 2回目 3回目 追加 肺炎球菌(小児) : 1回目 2回目 3回目 追加 四種混合(DPT-IPV) : 1回目 2回目 3回目 追加 二種混合(DT) 麻しん風しん(MR) : 第1期 第2期 水痘 : 1回目 2回目 日本脳炎 : 1回目 2回目 追加 第2期 ヒトパピローマウイルス : 1回目 2回目 3回目 その他 : ()					
※接種が必要なものに ○をつけてください						
年 月 日	医療機関名 医療機関所在地 〒 電話番号 医師氏名 ㊟					

【意見書作成に係る注意事項】

- ・この意見書の発行に係る費用は、助成の対象外です。
- ・この意見書の内容について、遠野市の担当課より個別に照会を行う場合がありますので、御了承ください。
- ・再接種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。