

造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成に関する主治医意見書

年 月 日

造血細胞移植により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できない下記の者について、予防接種の再接種が必要な状態と判断しましたので、意見書を提出します。

なお、再接種の必要性及び副反応及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）の医薬品副作用被害救済制度については、十分に説明し、本人も了承しています。

被接種者	住 所	薩摩川内市		
	フリガナ	電話番号 — —		
	氏 名	生年月日	年 月 日 (満 歳 ヶ月)	
再接種が必要となった理由	(疾病の名称)  (治療内容) ※該当するものに○をつけてください。 ・骨髄移植 ・末梢血幹細胞移植 ・臍帯血移植 ・抗がん剤治療 ・その他 ( ) により、接種済みの予防接種の予防効果が期待できなかったため			
再接種が必要となった予防接種 ※予防接種及び回数に○をつけてください。	四種混合(DPT-IPV)	1 期初回 ( 1 回目・2 回目・3 回目 ) ・1 期追加		
	三種混合(DPT)	1 期初回 ( 1 回目・2 回目・3 回目 ) ・1 期追加		
	二種混合(DT)	2 期		
	急性灰白髄炎(ホ°リオ)	初回 ( 1 回目・2 回目・3 回目 ) ・追加		
	麻しん・風しん (MR)	1 期・2 期		
	麻しん(単独)	1 期・2 期		
	風疹(単独)	1 期・2 期		
	日本脳炎	1 期初回 ( 1 回目・2 回目 ) ・1 期追加・2 期		
	Hib感染症	初回 ( 1 回目・2 回目・3 回目 ) ・追加		
	小児用肺炎球菌	初回 ( 1 回目・2 回目・3 回目 ) ・追加		
	ヒトパ°ピ°ローウイルス感染症 (HPV)	1 回目・2 回目・3 回目		
	水痘	1 回目・2 回目		
	B型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目		
その他( )				
医療機関名				
医療機関所在地				
主治医氏名				印

(注) 1 この意見書の発行に費用が必要な場合は、費用助成の対象外ですので、申請者の負担となります。  
 2 再接種する予防接種で費用助成の対象となるのは、過去に接種済みの予防接種の種類及び回数のみとなります。また、接種間隔が規定の接種間隔と異なる場合は、対象外となりますのでご注意ください。  
 3 再接種する予防接種は、任意接種となります。健康被害が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）の医薬品副作用被害救済制度の対象となります。