

## 様式第2号(第5条関係)

## 名取市定期予防接種再接種にかかる意見書

骨髓移植等の医療行為により、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り、この度、当該接種が可能な状態と判断します。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	ふりがな		男・ 女	生年月日
	氏名			年月日
	住所	〒 名取市		
	電話番号			
接種済みの定期予防接種の再接種が必要となつた理由	骨髓移植等の医療行為により、接種済みの予防接種の予防効果が期待できない為 (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>◆ BCG</li> <li>◆ ヒブ</li> <li>◆ 小児肺炎球菌</li> <li>◆ 四種混合</li> <li>◆ 五種混合</li> <li>◆ B型肝炎</li> <li>◆ 不活化ポリオ(単独)</li> <li>◆ 二種混合</li> <li>◆ 麻しん・風しん(MR)</li> <li>◆ 水痘</li> <li>◆ 日本脳炎</li> <li>◆ 子宮頸がん</li> <li>◆ その他</li> </ul>	初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加接種 初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加接種 1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加接種 1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加接種 1回目・2回目・3回目 初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加接種 2期 1期・2期 1回目・2回目 1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期 1回目・2回目・3回目 ( )		
医療機関名 医療機関所在地 電話番号	記載年月日： 年月日 医師名			

## 【意見書に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、名取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となる予防接種は、過去に定期予防接種とし、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。