

様式第2号（第4条関係）

佐倉市造血細胞移植等後定期予防接種再接種費用助成申請に係る医師の意見書

（宛先）佐倉市長

下記の者は、造血細胞移植等により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないため、再度の接種が必要であり、再接種の実施が可能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、十分に説明をしています。

記

フリガナ		
被接種者氏名		
生年月日	年 月 日 生まれ（ 歳 か月）	
被接種者住所	佐倉市	
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 ※該当するものに☑ （移植・治療法に○） をつけてください。	<input type="checkbox"/> 造血細胞移植（骨髄移植・末梢血幹細胞移植・さい帯血移植） <input type="checkbox"/> 臓器移植 <input type="checkbox"/> 抗がん剤治療等の医療行為 （抗がん剤治療・手術療法・放射線療法・免疫療法） （その他） _____ <input type="checkbox"/> 疾患 （疾患名） _____	
移植、医療行為の最終実施日	年 月 日	
接種が可能となった日	年 月 日	
再接種が必要な 予防接種の種類等 ※ロタウイルスを除く。 ※接種年齢の上限については、裏面を参照してください。	予防接種の種類	期・回数

記載年月日 年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名 ⑩
(署名又は記名押印)

- ・この意見書は、佐倉市造血細胞移植等後定期予防接種再接種費用助成事業に関し、再接種を行う予防接種が助成の対象となるかどうかを判断することを目的としています。
- ・意見書は、造血細胞移植手術その他医療行為を実施した医療機関の医師が記載してください。
- ・ご記入いただいた内容について、佐倉市より内容照会を行う場合があります。
- ・再接種を受ける日において、佐倉市に住所を有する20歳未満の方が対象となります。
なお、次の予防接種については、接種年齢に上限があります。
接種年齢上限：BCG（4歳未満）、小児用肺炎球菌（6歳未満）ヒブ（10歳未満）。
ただし、五種混合ワクチンを使用する場合には、15歳未満）、
四種混合ワクチン（15歳未満）、五種混合ワクチン（15歳未満）
- ・再接種する予防接種は、任意接種となります。