

年 月 日

(宛先) 茅ヶ崎市長

茅ヶ崎市骨髄移植後等における定期予防接種再接種費用補助に係る意見書

次の者については、骨髄移植その他の医療行為により定期予防接種により獲得した免疫が低下し、又は消失したため、予防接種を再接種する必要があると認めます。

なお、再接種の必要性及び副反応については、十分に説明しています。

フリガナ		生年 月日	年 月 日
氏名			
住所	〒		
接種済みの定期予防接種の再接種が必要であると認める理由等	(疾病の名称)		
	(再接種が必要である理由)		
	(骨髄移植その他の医療行為を受けた日) 年 月 日		
	(その他特記事項)		
再接種を行う予防接種	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌	初回 (<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目)	<input type="checkbox"/> 追加
	<input type="checkbox"/> B 型 肝 炎	<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目	
	<input type="checkbox"/> 5 種 混 合	初回 (<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目)	<input type="checkbox"/> 追加
	<input type="checkbox"/> 4 種 混 合	初回 (<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目)	<input type="checkbox"/> 追加
	<input type="checkbox"/> 3 種 混 合	初回 (<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目)	<input type="checkbox"/> 追加
	<input type="checkbox"/> ヒ ン ト	初回 (<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目)	<input type="checkbox"/> 追加
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	初回 (<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目)	<input type="checkbox"/> 追加
	<input type="checkbox"/> 水 痘	<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目	
	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合	<input type="checkbox"/> 1期・ <input type="checkbox"/> 2期	
	<input type="checkbox"/> 麻 し ん	<input type="checkbox"/> 1期・ <input type="checkbox"/> 2期	
	<input type="checkbox"/> 風 し ん	<input type="checkbox"/> 1期・ <input type="checkbox"/> 2期	
	<input type="checkbox"/> 日 本 脳 炎	1期 (<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 追加)	<input type="checkbox"/> 2期
	<input type="checkbox"/> 2 種 混 合	2期1回	
	<input type="checkbox"/> 子 宮 頸 がん	<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目	
医療機関の名称 及び所在地			
医師の氏名			

備考 「再接種を行う予防接種」の欄は、該当する□にレ印を記入してください。