

再接種が必要となった原因である疾病の主治医に記入をお願いしてください。

記入例

第2号様式(第5条関係)

令和6年4月1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	チガサキ イチロウ	生年 月日	令和〇年〇月〇日
氏名	茅ヶ崎 一郎		
住所	〒253-8660 茅ヶ崎市茅ヶ崎1-8-7		
再接種が必要となった原因となる疾病名を記入してください。	(疾病の名称) 〇〇〇〇、〇〇による〇〇 (再接種が必要である理由) 〇〇の治療に伴う〇〇の医療行為により、定期予防接種で獲得した免疫が低下したため、肺炎球菌、四種混合、ヒフ、B型肝炎の予防接種を再接種する必要があります。 (骨髄移植その他の医療行為を受けた日) 令和6年4月1日 (その他特記事項)		
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	①どのような疾病を、 ②どのような医療行為で治療したため、 ③どの予防接種の再接種が必要なのか具体的に記入してください。		
再接種を行う予防接種	<input checked="" type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌 初回 (<input checked="" type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 追加 <input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 4種混合 初回 (<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ヒブ 初回 (<input checked="" 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"/> 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	医療法人〇〇会 〇〇〇〇病院 神奈川県茅ヶ崎市〇〇 〇〇-〇〇 〇〇階		
医師の氏名	〇〇 〇〇 フルネームで御署名をお願いいたします。		

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。