

(様式第 2 号) (第 6 条関係)

飯山市造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成金交付に関する主治医意見書

造血細胞移植により、移植前に接種した定期予防接種ワクチンの免疫が低下又は消失した可能性が高く、ワクチン再接種が必要と認められます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については、十分に説明をしています。

被接種者	氏 名	
	住 所	
	生 年 月 日	
保 護 者 氏 名		
再接種が必要な理由 (該当移植に○をしてください。)		造血細胞移植(骨髄移植、末梢血幹細胞移植、さい帯血移植)により、 接種済のワクチンの効果が期待できないため。
疾 病 名		
移 植 日		年 月 日
接種が可能となった日		年 月 日
再接種が必要なワクチンの 種類と接種回数		
記載年月日 年 月 日 医療機関名 所在地 電話番号 医師氏名 印		

※注意事項

- ・本様式は、造血細胞移植に係る治療における主治医等、本人の病状を把握し、ワクチン再接種の要否について御判断いただける医師が記入してください。
- ・意見書の発行に費用が必要な場合、当該費用は助成の対象外となり、申請者の負担となります。
- ・再接種の予防接種は、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による救済制度の対象となります。