

天栄村長 様

天栄村予防接種再接種費用助成適用認定申請に係る主治医意見書

造血幹細胞移植その他理由により、既に受けた予防接種によって得ていた免疫を消失または減退した者が、今般、予防接種が可能な状態になり、合併症対策・感染症対策のために予防接種が必要と判断しますので、意見書を提出します。

再接種を受ける者	ふりがな		生年月日	年 月 日	
	氏名			(歳)	
	住所	天栄村			
疾病名等 健康状態	(疾病名) (該当理由) 治療内容等 (造血幹細胞移植実施日/その他の治療の最終実施日) 年 月 日 (再接種が可能となった日) 年 月 日				
該当ワクチン (該当する項目 に○をつけてく ださい)	ロタウイルス	1回目	2回目	3回目	
	B型肝炎	1回目	2回目	3回目	
	ヒブ	1期初回 (1回目	2回目	3回目)	1期追加
	小児肺炎球菌	1期初回 (1回目	2回目	3回目)	1期追加
	四種混合	1期初回 (1回目	2回目	3回目)	1期追加
	水痘	1回目	2回目		
	麻しん風しん混合	1期	2期		
	二種混合	2期			
	日本脳炎	1期初回 (1回目	2回目)	1期追加	2期
	子宮頸がん予防 (HPV)	1回目	2回目	3回目	
その他					
医療機関所在地 医療機関名 医師名	上記のとおり証明します。				