

年 月 日

笛吹市長 様

造血幹細胞移植後予防接種の要否に関する意見書

造血幹細胞移植後、次のとおり予防接種が必要であり、かつ、当該予防接種が可能な状態と認められたため、意見書を提出します。

なお、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。

接種 対象者	フリガナ		生年	年 月 日
	氏名		月 日	
	住所			
疾病の名称				
移植日		年 月 日		
接種の実施が可能と判断した日		年 月 日		
接種する 予防接種 の種類 ・回数 ※該当する ものに○を つけてくだ さい。	三種混合	1 回目 2 回目 3 回目		
	四種混合	1 回目 2 回目 3 回目 (15 歳未満に限る。)		
	五種混合	1 回目 2 回目 3 回目 (15 歳未満に限る。)		
	不活化ポリオ	1 回目 2 回目 3 回目		
	ヒブ	1 回目 2 回目 3 回目 (10 歳未満に限る。)		
	小児肺炎球菌	1 回目 2 回目 3 回目		
	麻しん	1 回目 2 回目		
	風しん	1 回目 2 回目		
	麻しん・風しん混合 (MR)	1 回目 2 回目		
	水痘	1 回目 2 回目		
	日本脳炎	1 回目 2 回目 3 回目		
	B 型肝炎	1 回目 2 回目 3 回目		
	ヒトパピローマウイルス感染症	1 回目 2 回目 3 回目 (女性に限る。)		
	高齢者肺炎球菌	1 回目		
	インフルエンザ	1 回目 2 回目 (2 回目については、13 歳未満又は造血幹細胞移植後、最初の冬前に限る。)		
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	1 回目 2 回目			
医療機関	医療機関名 所在地 電 話 番 号			
	この対象者は、造血幹細胞移植後の医療において、上記のとおり予防接種を受ける必要があり、かつ、当該予防接種が可能な状態であることを認めます。 主治医名 (署名又は記名押印)			

裏面の意見書作成に係る注意事項を御確認の上、作成をお願いします。

(裏面)

【意見書作成に係る注意事項】

- 1 この意見書の発行に当たり費用が発生する場合(文書料、抗体検査料等)は、接種対象者(保護者)の負担となります。
- 2 接種は、任意接種となります。接種可能な予防接種の種類及び回数を全て御記入ください。
- 3 接種対象者への補助金の交付対象となる造血幹細胞移植は、骨髄移植、末梢血幹細胞移植及びさい帯血移植です。
- 4 長期療養の特例に年齢制限が設けられている予防接種は、その年齢に達するまでに接種したものに限りです。
- 5 接種の必要性や副反応については、接種対象者(保護者)に十分に御説明ください。
- 6 接種対象者(保護者)への補助金の交付決定の審査において必要が生じた場合には、意見書を御記入いただいた医師に必要事項の確認をさせていただくことがございますので、あらかじめ御了承ください。