

別記様式第2号（第5条関係）

精華町骨髄移植後等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者の再接種費用助成に係る意見書

骨髄移植等の医療行為により、接種済みの定期予防接種の抗体を失った下記の者について、この度、予防接種の再接種が可能な状態と認められると判断します。

なお、再接種の必要性及び副反応については十分説明し、本人も了承しています。

フリガナ 氏名		生年 月日	年 月 日
住所	〒		
接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと判断する理由及び治療の経過等	<p>（主治医記入欄）疾病の名称、その他必要な情報を記入してください。 （疾病の名称）</p> <p>（治療の経過）</p> <p>①骨髄移植を受けた日 年 月 日</p> <p>②GVHDの有無</p> <p>③免疫抑制剤の使用状況</p> <p>④その他特記事項</p>		
再接種を行う 予防接種の種類			
接種予定 医療機関	医療機関名： 住 所： 電 話 番 号：		
医療機関名	記載年月日： 年 月 日		
医療機関所在地			
電話番号	( )	医師氏名	