

別記第2号様式(第6条関係)

串本町特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定に係る医師の意見書

年 月 日

串本町長 宛

造血幹細胞移植等の特別の理由により、接種済みの予防接種法に基づく定期の予防接種の予防効果が期待できないため、予防接種の再接種が必要であると判断しますので、次のとおり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しています。

被接種者	住 所	串本町		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		電 話	
接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断した理由	(疾病の名称) (治療内容等)			
接種可能となった日	年 月 日			

該当する予防接種にチェックし、回数を○で囲んでください。

予防接種の種類	回数
<input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
<input type="checkbox"/> Hib感染症	初回(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加
<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症	初回(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加
<input type="checkbox"/> 四種混合	1期初回(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 1期追加
<input type="checkbox"/> 三種混合	1期初回(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 1期追加
<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	1期初回(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 1期追加
<input type="checkbox"/> 二種混合	2期
<input type="checkbox"/> BCG	
<input type="checkbox"/> MR	1期 ・ 2期
<input type="checkbox"/> 水痘	1回目 ・ 2回目
<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回(1回目 ・ 2回目) ・ 1期追加 ・ 2期
<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
医療機関名	
医療機関所在地	
電話番号	医師名 ㊞

※本意見書発行に伴う文書料は、助成の対象外です。