

様式第2号（第7条関係）

赤穂市骨髄移植後等の予防接種の再接種に関する理由書

年 月 日

赤穂市長宛

下記の者について、骨髄移植後等により定期予防接種を通じて移植前に得られていた免疫の低下又は消失が認められるため、当該予防接種の再接種が可能かつ必要な状態と判断します。

対象者	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	赤穂市
再接種が必要な理由	(疾病名) (治療内容等)	
予防接種の種類 (再接種が必要と判断する予防接種に○印をつけてください)	H i b 感染症：初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種	
	小児の肺炎球菌感染症：初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種	
	B型肝炎：1回目・2回目・3回目	
	4種混合：1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	2種混合：1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	不活化ポリオ：1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	麻しん風しん混合：1期・2期	
	麻しん：1期・2期	
	風しん：1期・2期	
	水痘：1回目・2回目	
	日本脳炎：1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期	
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	医療機関所在地	
	医療機関名 医師名	

㊟

(理由書作成に係る注意事項)

- ・この理由書の発行に費用が必要な場合は、申請者の負担となります。(助成対象外)
- ・この理由書の内容について、市保健センターより個別に照会を行う場合があります。
- ・助成対象となる予防接種は、骨髄移植等を行う前に受けた定期予防接種と同じ種類のワクチンです。