様式第２（第５条関係）

**鹿児島市骨髄移植等によるワクチン再接種助成対象認定に係る意見書**

年　　月　　日

鹿児島市長　殿

　骨髄移植等により、接種済みの予防接種の予防効果が期待できない下記の者について、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ので、意見書を提出します。なお、再接種の必要性、副反応及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）の医薬品副作用被害救済制度については、十分に説明しています。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住　所 | 鹿児島市  電話番号（　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)  氏　名 | （　男　・　女　） | | |
| 生年月日 | 年　　　 月　　　 日 （満　　　歳　　　ヶ月） | | |
| 再接種が必要な理由 | | （理由）※該当するものに〇をつけてください  ・骨髄移植　・末梢血幹細胞移植　・臍帯血移植  ・抗がん剤治療　・その他（　 　　　　　　　　　　　　　　　　）  により、接種済みの予防接種の予防効果が期待できないため | | |
| （疾病の名称）  （予防接種不適当要因が生じた日）　　　　　　　　年　　　月　　　日  （予防接種不適当要因が解消された日）　　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 再接種が必要な  予防接種の種類  （予防接種及び回数に〇をつけてください） | | ５種混合(DPT-IPV-Hib) | | １期初回( １回目・２回目・３回目 )・１期追加 |
| ４種混合(DPT-IPV） | | １期初回( １回目・２回目・３回目 )・１期追加 |
| ３種混合(DPT） | | １期初回( １回目・２回目・３回目 )・１期追加 |
| 不活化ポリオ（IPV） | | １期追加( １回目・２回目・３回目 )・追加 |
| ２種混合（DT） | | ２期 |
| ＢＣＧ | |  |
| 麻しん風しん混合(MR) | | １期・２期・任意 |
| 麻しん単独 | | １期・２期 |
| 風しん単独 | | １期・２期・任意 |
| 日本脳炎 | | １期初回( １回目・２回目 )・１期追加・２期 |
| ヒブ | | 初回（１回目・２回目・３回目）・追加・任意 |
| 小児用肺炎球菌 | | 初回（１回目・２回目・３回目）・追加・任意 |
| 子宮頸がん予防(HPV) | | １回目・２回目・３回目・任意 |
| 水痘 | | １回目・２回目 |
| Ｂ型肝炎 | | １回目・２回目・３回目 |
| ロタウイルス | | １回目・２回目・３回目(3回目は5価のみ)・任意 |
| おたふくかぜ | | １期・２期 |
| (　　　　　　　　) | |  |
| 医療機関所在地・医療機関名・医師名 | | |  | |

注

　１　この意見書の発行に費用が必要な場合は、費用助成の対象外ですので、申請者の負担となります。

　２　この意見書の内容について、鹿児島市保健所より個別に照会を行う場合がありますのでご協力をお願いします。

　３　再接種する予防接種で費用助成の対象となるのは、過去に接種済みの予防接種の種類及び回数のみとなります。また、接

　　種間隔が規定の接種間隔と異なる場合は、対象外となりますのでご注意ください。

　４　再接種する予防接種は、任意接種となります。健康被害が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）

　　の医薬品副作用被害救済制度の対象となります。