

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（ ）	
	(フリガナ) 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○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)		
	(予防接種不適當要因が生じた日)		年 月 日
		(予防接種不適當要因が解消された日)	
再接種が必要な 予防接種の種類 (予防接種及び回数に○ をつけてください)	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	
	B C G		
	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

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。