

再接種費用助成に係る医師の理由書

令和 年 月 日

太子町長 様

骨髄移植等（骨髄移植、末梢血幹細胞移植、さい帯血移植）により、下記のとおり接種を受けた定期予防接種で得られていた免疫が低下若しくは消失したため、再接種が必要と認め、予防接種を実施できると判断しますので、理由書を提出します。

なお、再接種の必要性及び副反応について説明しています。

記

接種対象者	氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日（満 歳 カ月）		
	住所	揖保郡太子町		
疾病名・該当理由等		疾病名その他の事項について記載してください。 （疾病名） （該当理由） （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） 年 月 日		
予防接種の種類 該当する項目に✓してください	予防接種名	回数		
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	初回（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目） <input type="checkbox"/> 追加		
	<input type="checkbox"/> Hib感染症	初回（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目） <input type="checkbox"/> 追加		
	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症	初回（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目） <input type="checkbox"/> 追加		
	<input type="checkbox"/> 四種混合（DPT-IPV）	第1期初回（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目） <input type="checkbox"/> 第1期追加		
	<input type="checkbox"/> 三種混合（DPT）	第1期初回（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目） <input type="checkbox"/> 第1期追加		
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	第1期初回（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目） <input type="checkbox"/> 第1期追加		
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（MR）	<input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期		
	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目		
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	第1期初回（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目） <input type="checkbox"/> 第1期追加 <input type="checkbox"/> 第2期		
	<input type="checkbox"/> 二種混合（DT）	<input type="checkbox"/> 第2期		
<input type="checkbox"/> ヒトパピローウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目			
医療機関	名称			
	所在地			
	医師名	※署名又は記名押印		

※太子町骨髄移植等による予防接種の再接種費用助成事業の助成対象となる予防接種は、次のいずれにも該当するものとする。

- 予防接種法第2条第2項で定められた疾病のうち結核を除いた疾患の予防接種であること。
- 予防接種実施規則の規定によるワクチンであること。
- 移植前に予防接種法、予防接種実施規則及び予防接種法施行規則の規定に基づき実施された予防接種で得られていた免疫が骨髄移植等によって低下若しくは消失したため、再接種が必要と医師が認める予防接種であること。

この理由書は、再接種費用助成対象者に該当するか判断することを目的としています。

このことを理解の上、本理由書が太子町及び兵庫県に報告されることに同意します。

保護者自署