造血幹細胞移植後のワクチン再接種に対する主治医意見書

高 畠 町 長　殿

小児がん等の治療を目的とした造血幹細胞移植により、移植前に接種した定期予防接種により得られた抗体を失った下記の者について、ワクチン再接種が必要であると判断しますので、意見書を提出します。

なお、再接種の必要性及び副反応については十分に説明し、本人（保護者）より同意を得ています。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日（　　　歳　　　　か月） |
| 保護者氏名 |  |
| 疾病名 | |  |
| 移植日 | | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 再接種が可能となった日 | | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 再接種が必要なワクチンの  種類 | |  |
| 記載年月日：　　　年　　　月　　　日  医 療 機 関 名：  医療機関所在地：  電　話　番　号：  医　師　氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | |

※注意事項

・この意見書の発行にかかる費用は、費用助成の対象外です。

・この意見書の内容について、高畠町から医療機関へ照会を行う場合がありますのでご了承願います。

・再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による

　救済制度の対象となります。