

大田市がん治療等の予防接種の再接種にかかる医師の意見書

がん治療等により、接種済みの定期予防接種のワクチンの免疫が低下又は消失したため、再度接種する必要がある、この度、当該接種が可能な状態と判断します。

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、本人も了承しています。

被接種者	ふりがな		生年 月 日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	(〒 -)		
	電話番号			
接種済みの定期予防接種の再接種が必要となった理由		がん治療等により、接種済みの予防接種の予防効果が期待できないため (疾病の名称) (治療内容等)		
再接種が可能となった日		年 月 日		
再接種が必要な 予防接種 ※接種が必要な ものに○をつけ てください	① 五種混合 : 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加 ② 四種混合 : 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加 ③ 三種混合 : 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加 ④ 二種混合 : 2 期 ⑤ 不活化ポリオ : 初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加 ⑥ 麻しん・風しん混合 (MR) : 1 期・2 期 ⑦ 麻しん : 1 期・2 期 ⑧ 風しん : 1 期・2 期 ⑨ 日本脳炎 : 1 期初回 (1 回目・2 回目)・1 期追加・2 期 ⑩ ヒブ : 初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加 ⑪ 小児用肺炎球菌 : 初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加 ⑫ 子宮頸がん : 1 回目・2 回目・3 回目 ⑬ 水痘 : 1 回目・2 回目 ⑭ B 型肝炎 : 1 回目・2 回目・3 回目			
記載年月日： 年 月 日 医療機関名 医療機関所在地 電話番号 () 医師の署名又は記名押印 _____				

【意見書作成に係る注意事項】

- ① 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。
- ② この意見書の内容について大田市の担当課より個別に照会を行う場合がありますのでご了承願います。
- ③ 再接種する予防接種で費用助成の対象となる予防接種は、過去に定期予防接種として接種済みの予防接種に限ります。ただし、過去の接種が三種混合または四種混合である時に、五種混合に変更して接種することは可とします。
- ④ 再接種する予防接種は、任意接種となります。
- ⑤ 申請書はボールペンを使用してください。鉛筆や消せるボールペンは使用しないでください。
- ⑥ 記入内容を訂正する場合は、誤った部分に二重線を引き、訂正してください。修正液、修正テープは使用しないでください。