

恵庭市長 様

特別の理由による任意予防接種費用補助に関する医師の意見書

次の者について、骨髄移植等の医療行為により免疫が低下又は消失し、接種済みの予防接種の効果が期待できなくなったため、予防接種の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。

被接種者	住 所	恵庭市		
	フリガナ 氏 名		性 別	電 話 番 号 () 男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)		
接種済みの予防接種の効果が期待できないと判断する医療行為等 (※該当する医療行為等にチェックをお願いいたします)	【造血幹細胞移植】 <input type="checkbox"/> 骨髄移植 <input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞移植 <input type="checkbox"/> さい帯血移植 【化学療法】 <input type="checkbox"/> 抗がん剤治療 <input type="checkbox"/> その他 () 上記理由により、免疫が低下または消失したため。			
疾病の治療等が終了し 再接種が可能となった日	年 月 日			
再接種すべき 予防接種の種類・回数 (※すべてご記入ください)				
医療機関所在地				
医療機関名				
医師名				