

西之表市長 八板 俊輔 様

西之表市造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成に関する意見書

造血細胞移植により、移植前に接種した定期予防接種ワクチンの予防効果が低下又は消失の可能性が高く、ワクチン再接種が必要と認められますので意見書を提出します。

記

接種対象者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
疾 病 名		
移 植 日		
接 種 が 可 能 と な っ た 日		
再接種が必要な 予防接種の種類 ※該当するものに チェック☑してく ださい。	<input type="checkbox"/> 五種混合(DPT-IPV-Hib) <input type="checkbox"/> 四種混合(DPT-IPV) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 三種混合(DPT) <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 二種混合(DT) <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合(MR)	
医療機関所在地 医療機関名 医師名		