（様式２）

**北九州市骨髄移植等により免疫が低下又は消失した小児への任意予防接種費用助成に関する**

**主治医の意見書**

（あて先）北九州市長

下記の者については、骨髄移植等により、過去に接種した定期予防接種により得られた免疫が低下又は消失したため、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ています。

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな） |  |
| 受ける人の氏名 | 　　　　　 |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 | 性別 | 男・女 |
| 受ける人の住所 | 北九州市　　　　区 |
| 疾病名 |  |
| 治療を受けた期間 | 　　　年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日 |
| 再接種が可能となった日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由 | 下記の治療により、接種済みの予防接種の予防効果が期待できないため* 造血細胞移植（骨髄移植、末梢血幹細胞移植、臍帯血移植）
* 化学療法　　□　放射線療法　　□　免疫療法
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（治療内容など） |
| 20歳に達するまでの間に再接種する予防接種※四種混合は15歳ＢＣＧは4歳ヒブは10歳小児用肺炎球菌は6歳に達するまでの間が対象となります。※○を付けてください。 | Ｂ型肝炎（１回目・２回目・３回目）ヒブ（初回１回目・２回目・３回目・追加）小児用肺炎球菌（初回１回目・２回目・３回目・追加）四種混合（１期初回１回目・２回目・３回目・１期追加）三種混合（１期初回１回目・２回目・３回目・１期追加）ポリオ（１回目・２回目・３回目・追加）　　ＢＣＧ麻しん・風しん（１期・２期）　　ＨＰＶ（１回目・２回目・３回目）日本脳炎（１期初回１回目・２回目・１期追加・２期）二種混合（２期）　　水痘（１回目・２回目） |
| 接種予定医療機関※原則として治療を行った医療機関 | （医療機関名） |
| 治療を行った医療機関以外の場合紹介の有無（　有り　・　無し　） |
| 上記のとおり、予防接種の実施について意見を提出します。　　　年　　　月　　　日医療機関名所在地電話番号医師の署名又は記名押印　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |