

年 月 日

(提出先) 大阪市長

大阪市造血細胞移植等後の任意予防接種費用助成対象者認定に係る意見書

造血細胞移植（骨髄移植、末梢血幹細胞移植又は臍帯血移植）や化学療法の医療行為により、過去に接種した予防接種法に基づく定期の予防接種の予防効果が期待できない者について、この度、予防接種の再接種が可能な状態と認められるため、次のおり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。

記

対象者	住所	大阪市 区
	氏名	フリガナ
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
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	造血細胞移植や化学療法の医療行為により、接種済みの予防接種の予防効果が期待できないため	
	以下の事項について記載してください。 ◇疾病の名称 ( ) ◇治療内容 ※該当するものに○をつけてください。 ( 骨髄移植 ・ 末梢血幹細胞移植 ・ 臍帯血移植 ・ 化学療法 ) ◇移植日又は化学療法開始日 ( 年 月 日 ) ◇治療経過など ( )	
再接種する予防接種の種類 ※再接種するものに○をつけてください。	・ 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 ・ B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目 ・ DPT-IPV-Hib (五種混合) : 1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・ 1期追加 ・ DPT-IPV (四種混合) : 1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・ 1期追加 ・ DPT (三種混合) : 1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・ 1期追加 ・ DT (二種混合) : 2期 ・ 不活化ポリオ : 初回 (1回目・2回目・3回目) ・ 追加 ・ 麻しん風しん (MR) : 1期・2期 ・ 麻しん : 1期・2期 ・ 風しん : 1期・2期 ・ 水痘 : 1回目・2回目 ・ 日本脳炎 : 1期初回 (1回目・2回目) ・ 1期追加・2期 ・ 子宮頸がん : 1回目・2回目・3回目 ・ BCG	
再接種が可能となった日	年 月 日	
医療機関名	記載年月日: 年 月 日	
医療機関所在地		
電話番号 ( )	医師氏名	印

※意見書作成にかかる注意事項

- ・この意見書の発行に費用が必要な場合は、費用助成の対象外ですので申請者の負担となります。
- ・ご記入いただいた内容につきまして、大阪市の担当課より個別に内容照会を行う場合がありますので、ご協力いただきますようお願いいたします。