様式第２号

福山市再接種費支給認定に係る医師意見書

福山市長　様

　骨髄移植手術等の医療行為により、接種済みの定期接種で得た免疫が低下又は消失した、次の被接種者について、再接種が必要であり、かつ、この度予防接種の再接種が可能な状態と認められると判断し、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、被接種者又は保護者の了承を得ています。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住所 | 福山市 |
| 名前 |  |
| 生年月日　 | 年　　　　月　　　　日 |
| 再接種が必要となった疾病の名称と治療内容 | 疾病の名称 |  |
| 治療内容　□骨髄移植手術等　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 骨髄移植手術等実施日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 接種可能となった日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 再接種を必要とする予防接種の種類(該当する種類に☑と○) | □インフルエンザ菌ｂ型（Ｈｉｂ） 【１回目・２回目・３回目・追加】 |
| □小児用肺炎球菌　　　　　　　 【１回目・２回目・３回目・追加】 |
| □Ｂ型肝炎　　　　　　　　　　 【１回目・２回目・３回目】 |
| □５種混合・４種混合・３種混合 【１回目・２回目・３回目・追加】 |
| □ＢＣＧ |
| □麻しん・風しん混合（ＭＲ） 【１期・２期】 |
| □水痘（水ぼうそう）　　　 　 【１回目・２回目】 |
| □日本脳炎　　　　　　　　　　 【１期初回１回目・２回目・追加・２期】 |
| □２種混合 |
| □ヒトパピローマウイルス　　　 【１回目・２回目・３回目】 |
| □不活化ポリオ　　　　　　　　 【１回目・２回目・３回目・追加】 |
| 記載日　　　　　　年　　　　月　　　　日医療機関名所在地電話番号医師名　　　　　　　　　　　　　　　㊞（署名又は記名押印） |

2021-保予-650　A4

**【注意事項】**

本意見書の発行に係る費用は支給対象外となり、被接種者の保護者又は本人の負担となります。

支給の対象となる予防接種は、定期接種として過去に接種を受けたものに限ります。

本意見書に基づき、再接種を行う予防接種は、任意接種となります。