

第2号様式（第5条関係）

年 月 日

郡山市造血幹細胞移植その他の理由による任意予防接種費用助成に関する可否についての意見書

造血幹細胞移植その他の理由により、既に受けた予防接種によって得ていた免疫を消失または減退した者が、今般、予防接種が可能な状態になり、合併症対策・感染症対策のために予防接種が必要と判断しますので、意見書を提出します。

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏名			
	住所			
疾病名等健康状態	(疾病名) (治療等該当理由) (造血幹細胞移植実施日/その他の治療の最終実施日) 年 月 日 (予防接種不相当要因が解消された日) 年 月 日			
該当ワクチン (該当する項目に○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		
	四種混合(DPT-IPV)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加		
	不活化ポリオ(IPV)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加		
	麻しん風しん混合(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		
	二種混合(DT)			
	子宮頸がん予防(HPV)	1回目・2回目・3回目		
おたふくかぜ				
医療機関所在地 医療機関名 医師名	上記のとおり証明します。			