

宝塚市長 あて

宝塚市骨髄移植後等の予防接種の再接種に係る該当理由書

骨髄移植等により、移植前に接種した定期予防接種で得た免疫が低下若しくは消失した下記の者について、再接種が必要であると判断しました。

記

被接種者	住所	宝塚市 電話 ()		
	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
再接種が必要となった理由	(疾病名) (治療内容) (移植日) (再接種の実施が可能となった日) 年 月 日			
再接種が必要な 予防接種の種類 (接種を希望するものに ○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		
	3種混合	1期初回1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加		
	4種混合 (15歳未満のみ)	1期初回1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加		
	不活化ポリオ	1期初回1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加		
	麻しん・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 ・ 追加 ・ 2期		
	ジフテリア・破傷風2期			
子宮頸がん予防	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目			
医療機関所在地 医療機関名 電話番号 医師名	記載年月日 年 月 日 印			
備考				

<注意事項>

- 1 本理由書の発行に係る費用は助成対象外となり、被接種者の保護者または本人の負担となります。
- 2 助成の対象は、定期予防接種として過去に接種を受けたものに限りません。
- 3 本理由書に基づき再接種する予防接種は、任意接種となります。
- 4 本理由書は年度内に再接種する予防接種について記載して下さい。