

氷見市長 あて

氷見市骨髄移植等の理由による予防接種に関する意見書

接種対象者	ふりがな 氏名		住 所	電話 — —
	性 別	男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日 (満 歳)
疾 患 名				
発 病 時 期		年 月 日 頃		
治 療 期 間		年 月 日 ~ 年 月 日		
治 療 の 種 類		骨髄移植 ・ 化学療法 ・ その他 ()		
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理由				
(接種する 再接種が必要な 予防接種に○を付けてください)	ヒブ (Hib) 感染症	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加		
	小児の肺炎球菌感染症	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		
	5種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加		
	3種混合 (DPT)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加		
	2種混合 (DT)	2期		
	B C G	1回目		
	水痘	1回目・2回目		
	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		
	日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期		
	不活化ポリオ (IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加		
ヒトパピローマウイルス感染症 (HPV)	1回目・2回目・3回目			
上記のとおり証明します。 なお、予防接種の必要性和副反応については十分に説明しています。				
医療機関名：				
所 在 地：				
医 師 氏 名：				
(自署又は記名押印)				
記載年月日 年 月 日				

氷見市骨髄移植等の理由による予防接種の対応について

■制度の概要

本制度は、骨髄移植等により接種済みの予防接種法（昭和 23 年法律第 68 号）第 5 条第 1 項の規定に基づく定期の予防接種（以下「定期予防接種」という。）の予防効果が期待できないと医師に判断され、任意で予防接種を再接種する者に対し、当該予防接種にかかる費用を補助することにより、経済的負担の軽減と、感染及び発病防止を図ることを目的としています。

制度の対象となる疾病及び接種期間等一定の制限がありますので、下表を参考に接種を行ってください。

骨髄移植等の理由による予防接種の接種年齢上限一覧

ワクチン	小児の肺炎球菌	ヒブ感染症	5種混合	BCG	その他
年齢	6歳未満	10歳未満	15歳未満	4歳未満	20歳未満