（参考様式）

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    |
| 再接種が必要な予防接種（接種する予防接種に○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 |
| 4種混合（DPT-IPV） | １期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加 |
| 2種混合（DT） | ２期 |
| ＢＣＧ | 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 |
| ﾋﾄﾊﾟﾋﾟ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、予防接種の必要性と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  |

（裏面）

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、４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 |