

様式第2号（第6条関係）

骨髄移植後等の予防接種再接種費助成事業に関する医師の理由書

年 月 日

たつの市長 様

骨髄移植等（造血幹細胞移植（骨髄移植、末梢血幹細胞移植、さい帯血移植））により、下記のとおり接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと判断します。
なお、再接種の必要性及び副反応については、十分説明しています。

記

接種対象者	氏 名			
	生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女
	住 所	たつの市		
接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと判断する理由		(疾 病 名) (移 植 年 月 日) (該 当 理 由) (移植医療機関名)		
再接種する 予防接種の種類				
医 療 機 関	名 称			
	所 在 地			
	医 師 名	※署名又は記名押印		

※たつの市骨髄移植後等の予防接種再接種費助成事業の助成対象となる予防接種は、次のいずれにも該当すること。

(1) 予防接種法第2条第2項に規定する疾病のうち結核を除いた疾患の予防接種であること。

(2) 予防接種実施規則の規定によるワクチンであること。

(3) 移植前に予防接種法、予防接種実施規則及び予防接種法施行規則の規定に基づき実施された予防接種ワクチンの免疫が骨髄移植等によって低下し、又は消失したため、再接種が必要と医師が認める予防接種であること。