

【任意様式（以下項目①から⑪必須）－医師の意見書－】

泉佐野市特別の理由による任意予防接種費用助成の対象者認定に係る意見書

下記の者につきまして、骨髄移植等の理由により接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断いたします。なお、再接種の必要性及び副反応については、十分に説明をしています。

■接種対象者

①氏名（ふりがな）

②生年月日

③住所

■再接種が必要となる理由

④疾病の名称

⑤治療内容

■再接種の必要となる ⑥予防接種の種類

右記で必要となるものに○	BCG		
	ヒブ	初回接種（1回目・2回目・3回目）	追加接種
	小児肺炎球菌	初回接種（1回目・2回目・3回目）	追加接種
	混合接種（___種）	1期初回（1回目・2回目・3回目）	1期接種
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	不活化ポリオ（単独）	初回接種（1回目・2回目・3回目）	追加接種
	二種混合	2期	
	麻しん風しん（MR）	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
	子宮頸がん	1回目・2回目・3回目	

■医療機関 ⑦名 称

⑧所在地

⑨電話番号

⑩医師氏名

⑪記載年月日： 年 月 日

※ 意見書発行に費用が必要な場合は、その文書発行費用は助成の対象外となります。

※ 意見書の内容について、市から個別に照会を行う場合がありますので、ご協力お願いいたします。

※ 助成の対象は、過去に定期接種として接種済の予防接種のみとなります。

※ 再接種の予防接種は、任意接種となります。