

再予防接種費用助成金交付認定に係る医師意見書

令和 年 月 日

倉敷市長 あて

骨髄移植等により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できない者について、この度、予防接種の再接種が可能な状態と認められるため、次のとおり意見書を提出します。
 なお、再接種の必要性及び副反応については十分に説明しています。

被接種者	住 所	倉敷市				
	カ ナ					
	氏 名					
	生年月日	令和	年	月	日 生	
接種済みの定期 予防接種の予防 効果が期待でき ないと判断する 理由	病名					
	治療内容など					
再接種が可能となった日	令和	年	月	日		
再予防接種実施予定日	令和	年	月	日から一年間に実施するもの		
再予防接種の種類 該当欄に○印を 付けてください	B型肝炎	1回目	2回目	追加		
	B C G	1回目				
	五種混合	1回目	2回目	3回目	追加	
	四種混合	1回目	2回目	3回目	追加	
	三種混合	1回目	2回目	3回目	追加	
	二種混合	1回目				
	ポリオ	1回目	2回目	3回目	追加	
	MR	1期	2期			
	麻しん	1期	2期			
	風しん	1期	2期			
	水痘	1回目	2回目			
	H i b	1回目	2回目	3回目	追加	
	小児肺炎球菌	1回目	2回目	3回目	追加	
	日本脳炎	1期1回目	1期2回目	1期追加	2期1回目	
H P V	1回目	2回目	3回目			
医療機関名	令和 年 月 日					
所在地						
電話番号	—	—	医師名			

※御記入いただいた内容について、倉敷市から照会させていただく場合がありますので、御協力をお願いします。