

様式第2号（第6条関係）

坂城町造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成事業に関する主治医意見書

小児がん等の治療を目的とした造血細胞移植（同種造血幹細胞移植に限る。）により、移植前に接種した定期予防接種ワクチンの免疫が消失した可能性が高く、ワクチン再接種が必要と認められますので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をしています。

被接種者	氏名	
	住所	長野県埴科郡坂城町大字
	生年月日	
保護者氏名		
再接種が必要な理由 (該当移植に○)	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、接種済のワクチンの効果が期待できないため	
疾病名		
移植日	令和	年 月 日
接種が可能となった日	令和	年 月 日
再接種が必要なワクチンの種類		
医療機関名	記載年月日 令和 年 月 日	
所在地		
電話番号	医師氏名	㊟

※注意事項

- 本様式は造血幹細胞移植に係る治療における主治医等、本人の病状を把握し、ワクチン再接種の要否について御判断いただける医師が記入してください。
- 意見書の発行に費用が必要な場合は、助成の対象外となり、申請者の負担となります。
- 再接種の予防接種は、任意接種となります。健康被害が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構による救済制度の対象となります。